

Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

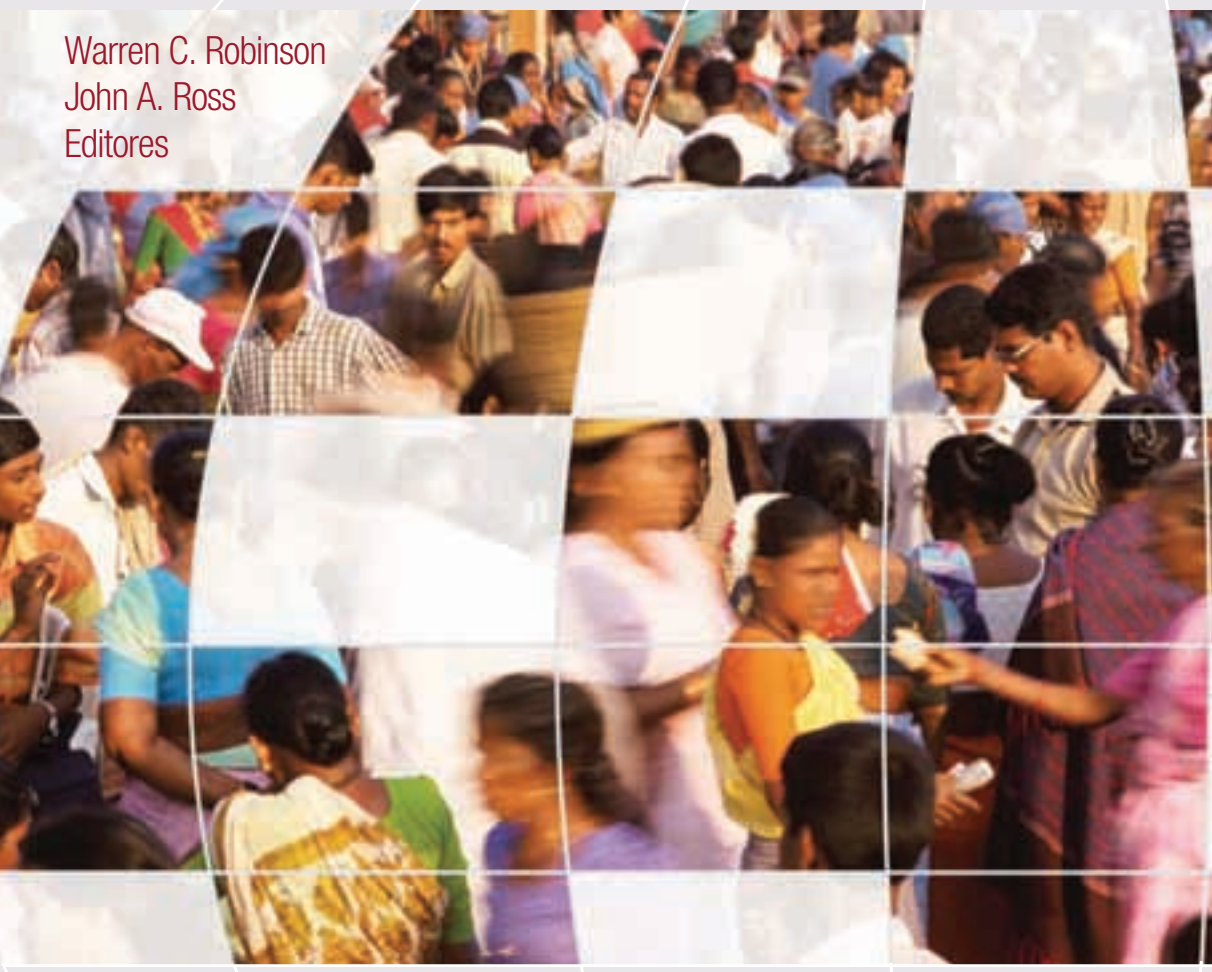
Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

40535

La revolución mundial de la planificación familiar

Warren C. Robinson
John A. Ross
Editores



Tres décadas de políticas y programas de población



BANCO MUNDIAL



Warren C. Robinson y John A. Ross, editores

**La revolución mundial
de la planificación familiar.
Tres décadas de políticas
y programas de población**



BANCO MUNDIAL



The findings, interpretations, and conclusions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the Executive Directors of The World Bank or the governments they represent.

The World Bank does not guarantee the accuracy of the data included in this work. The boundaries, colors, denominations, and other information shown on any map in this volume do not imply any judgment concerning the legal status of any territory or the endorsement or acceptance of such boundaries.

Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones expresados aquí son los del (los) autor (es) y no reflejan necesariamente las opiniones de los directores del Banco Mundial, o de los gobiernos que ellos representan.

El Banco Mundial no garantiza la exactitud de los datos incluidos en este trabajo. Las fronteras, los colores, los nombres y otra información expuesta en cualquier mapa de este volumen no denotan, por parte del Banco, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los territorios, ni aprobación o aceptación de tales fronteras.

This work was originally published by The World Bank in English as *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs* in 2007. This Spanish translation was arranged by Mayol Ediciones. Mayol Ediciones is responsible for the quality of the translation. In case of any discrepancies, the original language will govern.

Publicado originalmente en inglés como: *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs* por el Banco Mundial en 2007. La traducción al castellano fue hecha por Mayol Ediciones, editorial que es responsable de su precisión. En caso de discrepancias, prima el idioma original.

© 2007 The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank

© 2008 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial

1818 H Street, NW

Washington, DC 20433, USA

Todos los derechos reservados

Primera edición: agosto de 2008

Para esta edición:

© 2007 Banco Mundial en coedición con Mayol Ediciones S.A.

www.mayolediciones.com

ISBN 978-?????????

Traducción al castellano: Ignacio Caviedes Hoyos

Revisión técnica: Guillermo López Escobar, M. D.

Coordinación editorial: María Teresa Barajas S.

Diseño de cubierta: Quantum Think, Filadelfia, Pensilvania

Fotografía de cubierta: Peter Adams/Getty Images

Edición y diagramación: Mayol Ediciones S.A.

Impreso y hecho en Colombia - Printed and made in Colombia

Contenido

Prólogo. La revolución del programa de planificación familiar en perspectiva	ix
<i>Ronald Freeman y Albert I. Hermalin</i>	
Prefacio	xiii
Acerca de los editores y colaboradores	xv
1 Visión general y perspectiva	1
<i>Steven W. Sinding</i>	
Parte I. Medio Oriente y África septentrional	17
2 Evolución de las políticas y programas sobre población en la República Árabe de Egipto	19
<i>Warren C. Robinson y Fatma H. El-Zanaty</i>	
3 Planificación familiar en Irán, 1960-79	41
<i>Richard Moore</i>	
4 Túnez: el debut de la planificación familiar	73
<i>George F. Brown</i>	
5 Marruecos: primeros pasos en planificación familiar	87
<i>George F. Brown</i>	
Parte II. Europa y Asia central	103
6 Surgimiento del programa de planificación familiar en Turquía	105
<i>Ayşe Akin</i>	
Parte III. América Latina y el Caribe	129
7 Planificación familiar en Chile: una historia de lo inesperado	131
<i>Hernán Sanhueza</i>	

8	En contra de toda probabilidad: el papel de Colombia en la revolución de la planificación familiar	151
	<i>Anthony R. Measham y Guillermo López-Escobar</i>	
9	Guatemala: los días pioneros del movimiento de la planificación familiar	169
	<i>Roberto Santiso-Gálvez y Jane T. Bertrand</i>	
10	La planificación familiar y el Banco Mundial en Jamaica	191
	<i>Timothy King</i>	
Parte IV. Asia oriental y el Pacífico		219
11	La revelación coreana	221
	<i>Taek Il Kim y John A. Ross</i>	
12	Hong Kong: evolución del programa de planificación familiar	241
	<i>Susan Fan</i>	
13	Singapur: políticas y programas de población	251
	<i>Yap Mui Teng</i>	
14	El surgimiento del Programa Nacional de Planificación Familiar de Tailandia	275
	<i>Allan G. Rosenfield y Caroline J. Min</i>	
15	Los años formativos de la planificación familiar en Indonesia	291
	<i>Terence H. Hull</i>	
16	El programa de planificación familiar en Malasia peninsular	319
	<i>Nai Peng Tey</i>	
17	Desarrollo del programa de planificación familiar de Filipinas: los primeros años, 1967-80	345
	<i>Alejandro N. Herrin</i>	
Parte V. Asia meridional		373
18	Surgimiento del programa nacional de planificación familiar de India	375
	<i>Oscar Harkavy y Krishna Roy</i>	
19	Programas y políticas de planificación familiar en Bangladesh y Pakistán	405
	<i>Warren C. Robinson</i>	

20	Primeros intentos de planificación familiar en Sri Lanka	425
	<i>Nicholas H. Wright</i>	
21	Surgimiento y desarrollo del programa de planificación familiar de Nepal	453
	<i>Jayanti M. Tuladhar</i>	
	Parte VI. África subsahariana	471
22	Planificación familiar en Ghana	473
	<i>John C. Caldwell y Fred T. Sai</i>	
23	Planificación familiar en Kenia en los años sesenta y setenta	489
	<i>Donald F. Heisel</i>	
	Parte VII. Conclusiones y enseñanzas para el futuro	521
24	Planificación familiar: la revolución silente	523
	<i>Warren C. Robinson y John A. Ross</i>	

Prólogo: La revolución del programa de planificación familiar en perspectiva

Los programas de planificación familiar realizados en muchos países en desarrollo desde los años cincuenta hasta los ochenta representan uno de los experimentos sociales importantes del período siguiente a la Segunda Guerra Mundial, pero los detalles de sus operaciones, características comunes y diferencias no han sido suficientemente registradas debido a las presiones cotidianas de los programas y la gran cantidad de participantes. El presente volumen contribuye a llenar ese vacío con mucha información útil y análisis informado.

Los programas constituyeron empresas complejas en entornos difíciles que contaron con poca experiencia anterior en la cual basarse y, como es lógico, según los casos de estudio aquí descritos lo demuestran, no hubo ninguna estrategia individual que pudiera emplearse en estas diversas situaciones y los procedimientos que tuvieron éxito en un país no necesariamente funcionaban bien en otro. Sin embargo, un hilo común se tejió a través de la multiplicidad de enfoques: con frecuencia se configuró un punto efectivo de partida a partir del conocimiento de los entornos sociales, económicos y culturales de un país en particular, junto con una evaluación realista de los recursos disponibles y la voluntad política de moverse hacia adelante. Muchos de estos esfuerzos demuestran también que la persistencia es importante. No fue raro que un programa se encontrara con problemas imprevistos, pero los países que adoptaron una mentalidad de ensayo y error pudieron con mucha frecuencia superar estos contratiempos y poner a funcionar el programa nuevamente.

Los casos de estudio indican también que el desarrollo de un programa exitoso fue tanto un arte como una ciencia y el ingrediente clave fue poder distinguir cuándo se requería un nuevo enfoque radical y cuándo sólo era necesario un afinamiento del enfoque utilizado, discernimiento que no es posible enseñar. Sin embargo, muchos países tuvieron la fortuna de que sus dirigentes, y quienes ayudaron a desarrollar y ejecutar los programas, tuvieran esta destreza en momentos cruciales en el desarrollo de un programa.

Aunque no es un enfoque del libro, los programas de planificación familiar tuvieron varios efectos indirectos importantes en el campo de los estudios de población que merecen atención como parte del expediente. En primer lugar, la incertidumbre sobre el valor de los programas y cómo medir el grado de su éxito estimularon mucha investigación sobre la medición y modelado de las prácticas de fecundidad y anticoncepción, sobre temas de fecundidad, sobre el efecto de los patrones de matrimonio en la fecundidad y un grupo de tópicos relacionados. Los investigadores desarrollaron nuevos métodos de recopilación de datos y de medición de estas dimensiones y el desafío de hacer buenos estimados a pesar de la información incompleta y fragmentada estimuló varios avances en la demografía formal.

En segundo lugar, los programas sirvieron para adelantar en buena medida la ciencia de la evaluación. ¿Cómo demostrar que los programas funcionaban a pesar de los cambios sociales y económicos también en curso en muchos países? Los investigadores desarrollaron varias técnicas nuevas basadas en la evidencia, muchas construidas sobre los nuevos modelos de fertilidad y fecundidad, en tanto otros hicieron avances en la práctica estadística en el análisis contextual o de multinivel.

En tercer lugar, los programas llevaron a los demógrafos a trabajar con especialistas de muchas otras disciplinas, entre ellas salud pública, economía, sociología, ciencias políticas y psicología. Estas perspectivas disciplinarias fueron ingredientes básicos de los estudios de población y, a su vez, la perspectiva demográfica influyó en los otros campos. La colaboración amplió también el alcance temático de la demografía, haciéndola mucho más abierta para explorar cuestiones más amplias de salud, condición económica, dinámica familiar y otras facetas del funcionamiento de la sociedad. Por ejemplo, una mirada a los programas actuales de las reuniones anuales de la Population Association of America (Asociación Estadounidense de la Población) comparada con las de los años cincuenta revela cómo se ha expandido el campo para abordar una amplia variedad de temas de salud y sociedad.

Por último, los intentos de planificación familiar atrajeron a muchas personas nuevas y talentosas al campo de los estudios de población. Motivados en parte por el interés sobre el rápido crecimiento de la población, al que se dio amplia publicidad en su momento, muchos estudiantes de diferentes disciplinas eligieron emprender su trabajo de posgrado en demografía y estudios sobre población.

En adición a lo anterior, los programas de planificación familiar contribuyeron a pavimentar la vía para muchos programas posteriores de salud, sociales y económicos, y contribuyeron a establecer la factibilidad y legitimidad de realizar intervenciones en gran escala dirigidas a objetivos como el mejoramiento de la salud materno-infantil, la erradicación de enfermedades, el mejoramiento de la nutrición y de las oportunidades educativas y el desarrollo económico de las aldeas. Desde luego,

muchos esfuerzos encaminados a la salud se lanzaron antes de la década de 1950 y variados programas fueron motivados por otras fuentes, pero los esfuerzos de planificación familiar alrededor del mundo contribuyeron al desarrollo de una perspectiva de que los esfuerzos masivos válidos eran factibles y deseables. Los programas contribuyeron también a capacitar a muchos practicantes para continuar en otros programas y aportaron algunas de las enseñanzas a nuevas tentativas.

Nos complace ver que estos primeros esfuerzos generalmente efectivos hayan sido reconocidos y que se hayan transmitido las enseñanzas citadas a quienes se enfrentan a retos similares en la realización de programas ampliados sobre salud reproductiva en nuevos entornos y, más generalmente, a los practicantes en los muchos programas sociales, económicos y de salud en curso alrededor del mundo hoy.

Ronald Freeman

Profesor emérito de la cátedra Roderick D. McKenzie de sociología
Research Scientist Emeritus, Population Studies Center,
Institute for Social Research, University of Michigan

Albert I. Hermalin

Profesor emérito de sociología
Research Scientist Emeritus, Population Studies Center,
Institute for Social Research, University of Michigan

Prefacio

El presente libro se concibió con la convicción de que debía restablecerse la atención mundial sobre la emergencia histórica de los programas nacionales de planificación familiar. Como instrumento social nuevo para atender un problema social nuevo, el programa de planificación familiar recorrió gran parte del mundo en desarrollo en los años sesenta. Sentimos que se encontraba en peligro de perderse la memoria de esta experiencia vital y que merecía capturarse en forma definitiva, en parte para los jóvenes desprevenidos de los orígenes de los programas, en parte para el registro histórico y en parte para las enseñanzas que se aplican a otras esferas de interés. La historia de la aparición, por primera vez en la historia humana, de programas nacionales organizados dedicados al problema de la fecundidad excesiva y no deseada no debería perderse sino en cambio aprovechar las lecciones que esos programas pudieran enseñar. Esta colección de ensayos se acometió para responder a esa necesidad.

En los años inmediatamente siguientes a 1960 surgió un nuevo determinante de la fecundidad que fueron las acciones organizadas por sociedades enteras para disminuir las tasas de natalidad de modo que correspondieran a las decrecientes tasas de mortalidad y suavizar las desarticulaciones concurrentes con que se enfrentaban las instituciones educativas, médicas, económicas, de vivienda, del sistema familiar y otras. El propósito de esas acciones fue también dar a la mujer mayor control sobre su embarazo y relevar a las familias de la carga inesperada de criar un mayor número de hijos sobrevivientes que en el pasado. Los dos resultados en conjunto, los beneficios para la sociedad y los personales, fluyeron a partir de programas basados en nuevas tecnologías de anticoncepción que podían difundirse a poblaciones enteras. El presente libro ilustra las historias de aquellos acontecimientos, verdaderos descubrimientos, sociales y tecnológicos según aparecieron en las circunstancias de países muy diversos.

La generosidad financiera de la William and Flora Hewlett Foundation, complementada con una donación de John Show Inc. y otra de un donante anónimo hicieron

ron posible la realización de este libro, en tanto que el Population Research Institute de Pennsylvania State University proporcionó amablemente el necesario vínculo institucional. Tenemos una deuda especial con el Banco Mundial, que hizo una excepción a su práctica usual y acogió la inclusión de un proyecto de publicación externo, y agradecemos a Tony Measham por reconocer y estimular esa posibilidad. Muchas personas han contribuido a este proyecto en muchas formas distintas y sólo podemos mencionar unas cuantas, a saber: Edward Bos, Carol Carpenter-Yaman, Gordon DeJong, Jane Delung, Peter Donaldson, Alice Faintich, Mary Fisk, Robert Gillespie, Gavin Jones, Jack Kantner, Joel Lamstein, Richard Leete, Tom Merrick, Jim Phillips, Malcolm Potts, Ron Ridker, Carlos Rossel, Patrick Shields, Ruth Simmons, Steve Sinding y Amy Tsui.

Pagamos un tributo final a los autores de los capítulos, cuyo entusiasmo inmediato por el proyecto estimuló y sostuvo a los editores. Los autores trabajaron duro con plazos límite y aportaron libremente tiempo adicional para leer y criticar los esfuerzos de los demás, sabiendo que su única recompensa sería la satisfacción profesional de anotar sus experiencias únicas en el fomento de algo bueno y nuevo sobre la tierra, una invención de la sociedad encaminada al bien común que ha perdurado y continúa su evolución. Confiamos que este libro contribuirá a confirmar ese legado.

Warren C. Robinson
John A. Ross
Editores

Acerca de los editores y colaboradores

Editores

Warren C. Robinson. PhD, cuenta con más de 40 años de experiencia en planeación e investigación de programas económicos y de población. Fue asesor residente por mucho tiempo de los gobiernos de Bangladesh, Pakistán y Tailandia y ha realizado misiones más cortas en otros 30 países. Trabajó como asesor principal de políticas en la United States Mission en India (1986-89) y Egipto (1993-95), en donde tuvo la responsabilidad primaria de la preparación de la International Conference on Population and Development, celebrada en El Cairo en septiembre de 1994. Fue director fundador del Population Research Center en Pennsylvania State University y es autor y coautor de 5 libros y más de 100 artículos académicos.

John A. Ross. PhD, tiene varias décadas de experiencia en los campos de planificación familiar y fecundidad, enfocándose en investigación aplicada, evaluación y diseño de programas. Sus trabajos publicados incluyen una veintena de libros y más de 100 artículos sobre diseño experimental, evaluación, temas de costos y gastos, lineamientos para sistemas estadísticos de programas, desarrollo de programas, necesidades insatisfechas y temas demográficos, como el modelado de intervalos de nacimiento. Ha dedicado su atención también a difundir más ampliamente el conocimiento acumulado, mediante revisiones críticas y una serie de compendios estadísticos de datos y programas demográficos internacionales. Ha combinado los intereses de investigación y escritura con residencias en Indonesia, República de Corea y Turquía, donde trabajó detenidamente en programas de acción local y agencias demográficas.

Autores

Ayşe Akin. M.D., obstetra y ginecóloga, profesora en el Departamento de Salud Pública Hacettepe University Medical Faculty y directora del Hacettepe University Research and Implementation Centre in Women's Issues. Es, además, coordinadora del Hacettepe University-WHO Collaborating Centre in Reproductive Health. Los resultados de su investigación con la OMS sobre regulación de la fecundidad se utilizaron

extensamente en la preparación de la segunda ley de planeación de población en Turquía, en 1983. Trabajó también durante cinco años como directora general de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar en el Ministerio de Salud. En adición a sus cargos en el cuerpo de profesores, ofrece consultoría nacional e internacional en el campo de la salud reproductiva.

Jane Bertrand. PhD y M.B.A.; directora del Center for Communication Programs y profesora del Departamento de Salud, Comportamiento y Sociedad en la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, en Baltimore, Maryland. Entre 1976 y 1995 trabajó en Guatemala como asesora técnica de Aprofam, y de 1995 a 2001 en la evaluación de programas de VIH/SIDA en la región de África central.

George F. Brown. M.D. y M.P.H., consultor internacional en salud de la William and Flora Hewlett Foundation. Anteriormente estuvo en cargos importantes en la Rockefeller Foundation, el Population Council y el International Development Research Centre. De 1964 a 1966 trabajó en el Population Council como primer asesor residente en planificación familiar para el gobierno de Túnez. Luego pasó a Marruecos, donde fue el primer asesor residente de ese país en planificación familiar, de 1967 a 1969.

John C. Caldwell. PhD, profesor emérito de demografía en la Australian National University; vivió en Ghana entre 1962 y 1964 siendo Senior Fellow en demografía y profesor asociado de sociología en la Universidad de Ghana, Legon, Accra. Siguió visitando Ghana entre 1965 y 1999. Ha vivido, viajado e investigado ampliamente en África.

Fatma H. El-Zanaty. PhD, profesora del Departamento de Estadística y directora del Center for Surveys and Statistical Applications, de la Facultad de Economía y Ciencias Políticas de Cairo University. Es, además, presidenta de El-Zanaty & Associates y ha dirigido las Egyptian Demographic Health Surveys desde 1992. Ha realizado extensa investigación en el programa de planificación familiar egipcio como consultora para el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la U.S. Agency for International Development, el Banco Mundial y otros grupos.

Susan Fan. M.B.B.S. y M.P.A., directora ejecutiva de The Family Planning Association of Hong Kong. Graduada de la Facultad de Medicina de University of Hong Kong y miembro del U.K. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Ha trabajado como Senior Executive Manager of Professional Services en el Hospital Authority of

Hong Kong y trabaja en numerosos organismos asesores públicos y organizaciones no gubernamentales relacionadas con la salud, el VIH/SIDA y el género. Enseña como Honorary Clinical Associate Professor en University of Hong Kong. La doctora Fan recibió el Hong Kong's Ten Outstanding Young Persons Award en el año 2000.

Oscar Harkavy. PhD., dirigió por muchos años el trabajo de la Ford Foundation sobre población y planificación familiar y ha efectuado numerosas visitas a India desde 1959. Fue presidente del Population Resources Center y en la actualidad es miembro de su junta directiva.

Donald F. Heisel. PhD., fue asociado de campo del Population Council, ocupó el segundo cargo en el entonces University Collage, de Nairobi, de 1965 a 1968. Continuó su asociación con el Population Council hasta 1977, cuando pasó a la División de Población de las Naciones Unidas donde se desempeñó como director asociado. En la actualidad es asesor principal del Center for Migration Studies de la ciudad de Nueva York.

Alejandro N. Herrin. PhD., becario visitante para investigación en el Philippine Institute for Development Studies. Trabajó en el Xavier University Research Institute para la cultura Mindanao en Ciudad Cagayan de Oro, de 1972 a 1978, y en la University of Philippines School of Economics, de 1978 a 2004. Estuvo vinculado en ambas instituciones a la enseñanza y a la investigación sobre medición demográfica y sobre temas de población y desarrollo; trabajó estrechamente con la National Economic and Development Authority y la Commission on Population.

Terence H. Hull. PhD., ha realizado trabajos sobre los aspectos sociales y políticos del Indonesia Family Planning Program desde 1971, dirigiendo estudios de campo sobre las motivaciones de los indonesios para adoptar la anticoncepción y sobre los éxitos del programa en satisfacer las necesidades de la comunidad. Con la doctora Valerie Hull ha escrito interpretaciones políticas del papel del programa de planificación familiar en el sistema gubernamental de Indonesia y ha asesorado al gobierno en las formas de mejorar la prestación de servicios de calidad. Más recientemente ha trabajado con colegas indonesios sobre el análisis de leyes relativas a la población, el aborto y los derechos reproductivos.

Taek Il Kim. M.D., Tuvo un papel formativo en el diseño e implementación del programa nacional de planificación familiar de la República de Corea, como director de la Sección de Salud Materno-Infantil del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales

y posteriormente como director de la Oficina de Salud Pública. Inició el establecimiento del National Family Planning Center, el cual encabezó; este centro tuvo un papel clave en la investigación, evaluación y capacitación para el programa nacional. Trabajó también con el Population Project Department del Banco Mundial durante siete años, participando en sus proyectos principalmente en la región asiática. Más tarde, trabajó como primer presidente de la Hallym University en Corea.

Timothy King. PhD., entró a la Population Studies Division del Banco Mundial en agosto de 1969 y fue el jefe de ese grupo desde 1973 hasta 1982. Fue uno de los miembros del equipo que evaluó el primer Jamaica Population Project.

Guillermo López-Escobar. M.D., M.S., F.A.C.S. Y F.A.C.O.G., es presidente del Centro Regional de Población en Bogotá. Fue jefe de la División de Estudios de Población en la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), de 1969 a 1973. Fue profesor de obstetricia y ginecología en la Universidad Nacional, Bogotá, Colombia, y en la University of South Florida, Tampa. Es miembro honorario de la Academia Nacional de Medicina de Colombia.

Anthony R. Measham. M.D., Dr. P.H., es consultor del Banco Mundial, el Fogarty International Center de los National Institutes of Health y la Population Reference Bureau. Desde 1970 hasta 1972 fue asesor médico del Population Council en la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina en Bogotá. De 1972 a 1975 fue representante residente del Population Council a cargo de la oficina regional de América Latina, responsable de las actividades en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

Caroline J. Min. M.P.H., es asociada de Investigación en la Mailman School of Public Health, Columbia University.

Richard Moore. PhD., vicepresidente retirado de Jonn Snow, Inc.; trabajó para el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Ford Foundation y el Population Council; vivió y trabajó en países en desarrollo en todas las regiones durante más de 40 años. De 1971 a 1973 fue miembro de investigación en el Ministerio de Salud de Irán y asistente especial del director del programa nacional de planificación familiar y salud materno-infantil.

Allan G. Rosenfield. M.D., profesor de la cátedra DeLamar de salud pública, de obstetricia y ginecología y decano de la Mailman School of Public Health, Columbia University. Fue representante del Population Council en Tailandia y asesor del Mi-

nisterio de Salud Pública de 1967 a 1973; se mantuvo allí trabajando de cerca durante la década siguiente.

Krishna Roy. PhD., fue profesora de Allahabad University y del Indian Institute of Technology; trabajó en la India Planning Commission, en la que fue asistente principal de v.k.r.v. Rao, miembro de la comisión para población y salud. De 1968 a 1976 fue asignada por las Naciones Unidas para América Latina y posteriormente enseñó en la Columbia University's School of Public Health. En 1979 regresó a las Naciones Unidas como asesora técnica especial en población y luego como asesora interregional. Después de 1995 dirigió la asistencia técnica para 10 países latinoamericanos por los derechos reproductivos de la mujer y la salud reproductiva y desde entonces ha trabajado en organizaciones basadas en la comunidad en Washington, D.C., interesada en la ayuda a las poblaciones inmigrantes.

Fred Sai. M.B., B.S., F.R.C.P. Y M.P.H., es asesor del presidente de Ghana en salud reproductiva y VIH/SIDA. Fue profesor de medicina preventiva y social en la Escuela de Medicina de la Universidad de Ghana y director de los Servicios de Salud de Ghana. Fue también uno de los fundadores de la Planned Parenthood Association of Ghana, secretario general asistente y posteriormente presidente de la International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación de la Familia) y asesor principal de población en el Banco Mundial. Presidió los Main Committees que produjeron los Programas de Acción de la International Population Conference celebrada en México en 1984 y de la International Conference on Population and Development (ICPD), de El Cairo en 1994.

Hernán Sanhueza. PhD., contribuyó al programa chileno en tres etapas. Fue obstetra y ginecólogo practicante prestando servicios de planificación familiar a principios de los años sesenta. Más tarde fue evaluador de programas trabajando en colaboración con el Latin American Demographic Center (Celade) para evaluar los efectos del programa; por último, fue director regional de la IPPF para el hemisferio occidental, ofreciendo aportes y contribuciones internacionales al programa.

Roberto Santiso-Gálvez. M.D., obstetra y ginecólogo con entrenamiento en Brasil, Guatemala y Uruguay. Trabajó como miembro fundador de Aprofam (la asociación privada de planificación familiar de Guatemala), fue su primer presidente en 1965, coordinador de programas de 1966 a 1975 y director ejecutivo de 1976 a 1996. Estableció también servicios de planificación familiar en el Instituto Guatemalteco de Seguro Social (IGSS).

Steven W. Sinding. PhD., fue director general de la International Planned Parenthood Federation (IPPF). Trabajó durante 35 años en la U.S. Agency for International Development, el Banco Mundial, la Rockefeller Foundation, Columbia University y la IPPF. Vivió y trabajó durante 10 años en países en desarrollo, entre ellos Pakistán, Filipinas y Kenia.

Nai Peng Tey. Profesor asociado del Departamento de Estadística Aplicada de la Facultad de Economía y Administración de la University of Malaya. Antes de vincularse a la universidad en 1992, fue director del Population Studies Centre de la National Population and Family Development Board (NpfdB) en la que trabajó durante 18 años. En la actualidad es miembro de esa junta.

Jayanti M. Tuladhar. PhD., estuvo asociado con el programa nacional de planificación familiar del Ministerio de Salud nepalés de 1969 a 1990 y también como asociado al Programa con el Population Council trabajando en Indonesia e India de 1992 a 1999; actualmente es asesor en el sistema de administración de información y logística sobre salud reproductiva y planificación familiar del Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa), como parte del equipo de servicios técnicos de país (CST) en Bangkok.

Nicholas H. Wright. M.D. y M.P.H., médico epidemiólogo retirado; es profesor adjunto en el Williams College. Ha contribuido a desarrollar y evaluar servicios de planificación familiar en el Grady Memorial Hospital y el Georgia Department of Health de Atlanta mientras estuvo asociado con los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de 1963 a 1966 y luego fue representante del Population Council en Sri Lanka, de 1967 a 1970, y en Tailandia de 1973 a 1976. Actualmente desarrolla un curso de dirección en salud internacional y profesiones de la salud para estudiantes de pregrado.

Yap Mui Teng. PhD., miembro principal de investigación en el Institute of Policy Studies, un grupo de reflexión sobre políticas públicas en Singapur. Trabajó como estadística en la Research and Evaluation Unit de la Singapore Family Planning and Population Board, de 1975 a 1979, antes de proseguir estudios de posgrado en la University of Hawaii. Trabajó también en la Population Planning Unit del Ministerio de Salud de Singapur (de 1987 a 1989) antes de vincularse al Institute of Policy Studies.

1

Visión general y perspectiva

Steven W. Sinding

En los últimos 20 a 25 años ha aparecido un gran cuerpo de literatura sobre el movimiento internacional de la planificación familiar. El propósito de este capítulo de visión general no es el de recapitular o resumir esa literatura (para eso, *ver*, por ejemplo, Donaldson, 1990; Donaldson y Tsui, 1990; Harkavy, 1995; Kantner y Kantner, 2006), sino, más bien, resaltar lo que considero son las principales características del movimiento, sus logros y los debates más importantes a su alrededor, algunos de los cuales persisten aún y tienen implicaciones importantes para el futuro de los servicios de salud reproductiva. Los capítulos de los países que abarcan la mayor parte del presente volumen ilustran y aportan evidencia sólida para apoyar las generalizaciones que aquí se plantean.

Orígenes del movimiento

Dos corrientes separadas de pensamiento y acción se unieron para formar el movimiento de planificación familiar que floreció desde mediados de la década de 1960 hasta mediados de la de 1990. El primero fue el movimiento del control natal de Margaret Sanger, Marie Stopes y otros pioneros, que se inició en los primeros años del siglo XX. Estos innovadores se interesaron primordialmente en los derechos y otorgamiento de poderes a la mujer, en particular el derecho a evitar embarazos no deseados, así como en las muchas patologías sociales que, desde su punto de vista, los acompañaban. El enfoque primario estuvo en la mujer individual y su bienestar.

La segunda corriente se originó más tarde, aunque tuvo sus orígenes en la filosofía social británica del siglo XVIII, ejemplificada en forma más destacada en los escritos del reverendo Thomas Malthus, quien durante la Revolución Industrial se preocupó por el desequilibrio entre el rápido crecimiento de la población en la cada vez más próspera Europa occidental y el problema de la producción agrícola que se hallaba en estancamiento. La manifestación moderna del malthusianismo fue el reconocimiento

en la década siguiente a la Segunda Guerra Mundial del crecimiento extraordinariamente rápido de la población humana en las regiones del mundo en desarrollo. La preocupación sobre el rápido crecimiento de la población fue notable, particularmente en Estados Unidos, en especial entre una pequeña élite que compartía preocupaciones sobre la forma que tomaría el mundo de la posguerra y las instituciones que determinarían su desarrollo. John D. Rockefeller III fue un ejemplar y líder de este segundo movimiento de control de la población,¹ cuyo interés primario era menos el bienestar de los individuos que el de la sociedad en conjunto; bienestar que, según el punto de vista de estos neomaltusianos, estaba amenazado por un desequilibrio creciente entre la cantidad de habitantes y una amplia variedad de recursos naturales y de otra índole, incluido el suministro de alimentos. Uno de los primeros intereses en la lista de los neomaltusianos era el potencial de inestabilidad política resultante del empobrecimiento y la carencia inducida por el rápido crecimiento de la población en los países pobres.

Puede señalarse la fecha de inicio del movimiento moderno de planificación familiar desde varios puntos de partida: la apertura de la primera clínica de control natal en 1916 por parte de Sanger; el establecimiento casi simultáneo en 1952 de la primera política nacional de población en India, la International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de la Paternidad Responsable) y el Rockefeller's Population Council (Consejo de Población de la Fundación Rockefeller), o el inicio de las significativas transferencias de asistencia financiera y técnica para programas de población de países industriales a países en desarrollo en la segunda mitad de la década de 1960. Mi fecha preferida del inicio es 1952, ya que fue entonces cuando empezaron a surgir las dos corrientes que formaron el torrente que se convertiría en el movimiento de planificación familiar.

Formación de un consenso, 1952-66

Como lo demuestran casi todos los casos de estudio nacionales de este libro, la convergencia del control natal y los movimientos de control de la población, no ha sido siempre fácil ni suave. Muchos de los pertenecientes al primer movimiento, que promovieron el mayor acceso a la anticoncepción y al control individual sobre la fecundidad, se resistieron a unir fuerzas con quienes promovían políticas nacionales para reducir

1 El término *control de población*, todavía de uso generalizado por los medios y otros de fuera del movimiento mismo, ha sido prohibido efectivamente dentro del movimiento desde alrededor de 1974, cuando se realizó la primera World Population Conference en Bucarest. Para muchos países en desarrollo el término era la sombra del neocolonialismo. Lo utilizo aquí por estar todavía en boga durante el período en discusión.

las altas tasas de crecimiento de la población. Los primeros temían que el movimiento de la población llevara a los gobiernos a condonar, o aun promover, restricciones a la toma de decisiones individual con respecto a la reproducción. Los últimos, muchos de los más fervientes proponentes del control de la población, estaban convencidos de que tales limitaciones sobre la libertad reproductiva individual eran de hecho esenciales para lograr el objetivo de reducir las tasas de crecimiento de la población.

Con seguridad, muchos pensaban que había campo común para la proposición de que los programas de control natal voluntario serían suficientes para ocasionar bajas significativas en la fecundidad y por ende en las tasas de crecimiento de la población. Sanger estuvo entre quienes adoptaron este punto de vista y, aun cuando a ella nunca le gustó o aceptó el término planificación familiar, que consideraba como un eufemismo de distracción, fue sin embargo una de las primeras proponentes del principio de convergencia. Ella pudo liderar tanto la libertad reproductiva individual como la reducción de las tasas de crecimiento poblacional. De hecho, fue este punto de vista de la convergencia el que impulsó la formación de la International Planned Parenthood Federation en 1952 y el que sentó las bases de la visión de Rockefeller del Population Council como productor de investigación para informar sobre la formación de políticas inteligentes y la acción de los programas. Profundamente incrustado en el pensamiento de ambas instituciones estaba el principio del voluntariado junto con un entendimiento de los riesgos políticos asociados con cualquier política con sabor a coerción. Este compromiso con enfoques no coercitivos en políticas y programas condujo naturalmente a lo que vino a conocerse como el enfoque de planificación familiar y posteriormente el movimiento de planificación familiar.²

El período que siguió a los eventos históricos de 1952 fue de una lenta expansión de los servicios de planificación familiar –cuando la International Planned Parenthood Federation agregó en forma gradual asociaciones a los ocho miembros fundadores– y del conocimiento pertinente a políticas, al incrementar a través del programa de investigación del Population Council (Consejo de población, NY) el entendimiento de la dinámica subyacente al cambio demográfico. El trabajo de las asociaciones miembros de la International Planned Parenthood Federation, que se expandió gradualmente en número, desde ocho en el momento de su fundación en 1952, a varias docenas para mediados de la década de 1960, fue seminal en muchos países en desarrollo, cuando estas asociaciones de planificación familiar no gubernamentales

2 Muchos de los primeros defensores del control natal, particularmente en el Reino Unido y Estados Unidos, provinieron del movimiento eugenésia, bastante fuerte en ambos países en las primeras décadas del siglo XX. El movimiento tuvo una cierta respetabilidad hasta que la destruyeron los horrores de la Alemania nazi perpetrados en nombre de políticas raciales.

demonstraron tanto el alto nivel de demanda de servicios, en especial por parte de las mujeres, como la posibilidad de aceptación política de la planificación familiar en grandes segmentos del público.

Durante este período, varias fundaciones privadas en Estados Unidos, encabezadas por la Ford Foundation, suscribieron gran parte de los costos del campo de trabajo en expansión. Se suministraron fondos no solo para investigación y expansión de programas de planificación familiar en los países en desarrollo, sino también para elaborar los programas de capacitación que prepararon a la primera generación de líderes de planificación familiar en países en desarrollo y agencias públicas. Sin embargo, no fue sino hasta mediados de los años sesenta, cuando hubo disponibilidad de financiación en gran escala de agencias internacionales de desarrollo, que despegó realmente lo que ahora consideramos como movimiento de planificación familiar. El primero de estos fue bajo el gobierno sueco, que apoyó los primeros esfuerzos de planificación familiar en Ceilán (ahora Sri Lanka), India y Pakistán, ya desde 1962.

Mientras la decisión de las agencias de financiación de entrar en el campo de la población tuvo muchos progenitores, el consenso que empezó a solidificarse a mediados de los años sesenta, probablemente no tuvo sus orígenes principales ni en la demografía formal ni en la salud pública. Más bien, los economistas del desarrollo, impresionados con los escritos de los demógrafos económicos Ansley Coale y Edgar Hoover, el economista Stephen Enke y el ganador del Premio Nobel, el sueco Gunnar Myrdal (Coale y Hoover, 1958; Enke, 1960; Myrdal, 1968), tuvieron el papel crítico cuando persuadieron a los autores de las políticas en Estados Unidos y algunos gobiernos europeos, y pronto después en el Banco Mundial, de que el crecimiento rápido de la población constituía una barrera al desarrollo económico. (De hecho, el Banco financió el libro de Coale y Hoover aun cuando no empezó a hacer préstamos para programas de población hasta muchos años después.) Para 1966, se había desarrollado un fuerte consenso en los círculos internacionales de políticas de desarrollo sobre el imperativo de reducir las altas tasas de crecimiento poblacional de los países en desarrollo, consenso que incluyó un número cada vez mayor de ministros de finanzas y planeación del desarrollo en esos países.

Primeras frustraciones de programas y debates resultantes, 1966-74

Los primeros programas nacionales de planificación familiar se lanzaron en Asia meridional y oriental, con India, Pakistán y Sri Lanka a la cabeza en Asia meridional, y Hong Kong, República de Corea, Singapur y Taiwán (China) en Asia oriental, aun antes de haberse formado completamente el nuevo consenso internacional. La invención casi simultánea del moderno dispositivo intrauterino y de la píldora an-

ticonceptiva alrededor de 1960, permitieron la realización del sueño de que podría estar disponible una anticoncepción fácil de usar y efectiva para casi todas las parejas casadas. No obstante, como lo demuestran los casos de estudio de los países del presente libro, algunos de los primeros programas, en particular los de India y Pakistán, fueron amargamente frustrantes para sus líderes, produciendo poco o ningún cambio en la fecundidad, o aun en la continuación de las tasas de uso de anticonceptivos. Plagados por la candidez e incompetencia en la prestación del servicio, la resistencia cultural y aun el fraude categórico, los fracasados primeros programas en Asia meridional produjeron un profundo escepticismo en muchos distritos sobre la eficacia y perspectivas de éxito de los intentos nacionales de planificación familiar.

Al mismo tiempo, el sorprendente progreso en las economías más pequeñas de Asia oriental, conocido algunas veces como programas de demostración, ofreció esperanza cuando el uso de anticonceptivos aumentó rápidamente y fueron evidentes los signos de declinación de las tasas de fecundidad. Sin embargo, permanecieron las frustraciones en otros lugares, las cuales causaron un atascamiento entre las dos disciplinas académicas –demografía y salud pública– que estuvieron más directamente vinculadas al diseño de las primeras políticas y programas, a causa de sus explicaciones bastante distintas de por qué fracasaban los programas. Los demógrafos vinieron a creer cada vez más que las causas primarias del fracaso de los programas fueron las inhibiciones culturales profundamente arraigadas y el valor económico y emocional de los niños en los hogares más pobres. Esta explicación ocasionó la creencia de que sólo transformaciones socioeconómicas de largo alcance –como grandes reducciones en la mortalidad infantil y de recién nacidos, en el analfabetismo, oportunidades educativas y de empleo para las mujeres, mayores ingresos y sistemas modernos de seguridad económica para los entrados en años– crearían las condiciones conducentes a la baja en la fecundidad. Los científicos sociales eran escépticos de que con solo la planificación familiar se causaría una significativa reducción en la fecundidad. Kingsley Davis, de la University of California-Berkeley, fue uno de los primeros y más conocidos adherentes a esta posición (Davis, 1967).

En contraste, los profesionales de la salud pública atribuyeron la frustración de los primeros programas a factores intrínsecos a los mismos programas: planeación deficiente, capacitación inadecuada a los trabajadores de campo, selección inapropiada de miembros de personal de campo, protección inadecuada contra información fraudulenta, etcétera. Pensaban que los programas podrían ser más efectivos si se los revisaba y rediseñaba.³ Así nació uno de los dos “grandes debates” en el campo de la

3 De hecho, R. T. Ravenholt, epidemiólogo jefe del programa de población de la U. S. Agency for International Development entre 1966 y 1978, publicó también una refutación decidida

población: desacuerdo sobre el enfoque apropiado para reducir la alta fecundidad: lo que yo llamo el “debate sobre el cómo” (Sinding, 2000). Este debate no empezó a resolverse hasta después de muchos años, pero fue más apasionado durante los años sesenta y la mayor parte de los setenta. No fue sino hasta que los programas de planificación familiar fuera de Asia meridional, notablemente en Asia oriental y su-riorienta, y en algunos países de América Latina, mostraron un impacto demográfico marcado, cuando empezó a ceder el debate sobre el cómo.

Un segundo debate, más viejo, causó también problemas mayores para los líderes de los programas nacionales de población. Este debate había existido en una u otra forma desde el tiempo de Malthus, sobre si el crecimiento rápido de la población tenía un impacto negativo importante en el bienestar humano. A través de los años, el pesimismo de Malthus sobre la relación entre la reproducción humana y la producción de alimentos (y, por extensión, cualquier número de sistemas naturales y artificiales) había engendrado oposición apasionada, oscilando entre el optimismo de que todos los sistemas pueden adaptarse y se adaptan a las circunstancias cambiantes –el punto de vista predominante en la economía de corriente dominante–, al punto de vista más ideológico de que el crecimiento de la población no es tanto una causa como un síntoma de la pobreza, la llamada posición marxista. Así, el debate contemporáneo fue sobre si los esfuerzos para reducir el crecimiento rápido de la población eran, o no, un aspecto necesario de los esfuerzos para promover el desarrollo social y económico. A éste lo llamo el “debate sobre el cuándo”.

Hacia principios de la década de 1970, estaban bien avanzados los esfuerzos internacionales para reducir el rápido crecimiento de la población en el mundo en desarrollo. El Congreso de Estados Unidos había asignado fondos sustanciales de ayuda extranjera para programas de población y muchos otros países industriales estaban ofreciendo ayuda para programas de planificación familiar en países en desarrollo; el Banco Mundial buscaba activamente hacer préstamos para proyectos de población y la ONU había acordado crear un fondo, el UN Fund for Population Activities (conocido hoy simplemente como el Fondo de Población de la ONU, aunque mantiene su sigla original, Unfpa). Los países en desarrollo estuvieron sujetos a presiones más o menos intensas, en particular del gobierno de los EUA, para adoptar políticas de población y montar programas de planificación familiar. Muchas fundaciones privadas de los EUA se habían unido a la Ford Foundation en la promoción y apoyo de proyectos de población alrededor del mundo.

al argumento de Davis en *Science*, refutación que también anunció el comienzo del enfoque bien conocido del programa de planificación familiar de la agencia (Ravenholt, 1969).

Una persona que merece una atención especial es William Draper, autor de un informe influyente (Draper, 1959), quien fue el primero en defender la ayuda de Estados Unidos para el desarrollo de programas de población, fundador del Population Crisis Committee in the United States (hoy conocido como Population Action International) y campeón infatigable de los esfuerzos globales para reducir las tasas de crecimiento de la población. A través de la década de 1960, Draper trabajó denodadamente, primero para persuadir al Congreso estadounidense para que destinara fondos del presupuesto de ayuda externa para actividades de población, después para aumentarlos en forma sustancial, luego para cabildear a los gobiernos europeos y al japonés para que apoyaran la International Planned Parenthood Federation y, finalmente, para crear el UN Population Fund (Piotrow, 1973). En otras palabras, cuando la Ford Foundation y el Population Council tuvieron papeles de liderazgo para el establecimiento del fundamento intelectual del movimiento, Draper hizo mucho para crear la arquitectura financiera esencial que habilitara su implementación completa. La contribución de los EUA a la financiación externa general para programas de población y planificación familiar llegó a ser más del 50% de las transferencias globales de recursos entre finales de los años sesenta y finales de los noventa, y el liderazgo de Estados Unidos, inclusive en financiación, tuvo un papel enormemente influyente, en particular desde principios de los años cincuenta hasta mediados de los ochenta. R. T. Ravenholt fue el director, en ocasiones controvertido, pero innegablemente efectivo, del programa tremendamente importante de la us Agency for International Development (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) y la persona que le dio su dirección básica.

Quizás igualmente influyente, pero menos reconocido generalmente, fue el venerable Spurgeon (Sam) Keeny, quien, después de una prolongada e ilustre carrera en la ONU, se vinculó al Population Council donde trabajó como líder de sus muchos esfuerzos de programas pioneros de planificación familiar en Asia. De hecho, Keeny y su banda de jóvenes profesionales entusiastas tuvieron un papel crítico en la prueba y perfeccionamiento de enfoques de programas que formarían la base de muchos de los éxitos en programas que siguieron.

Un punto decisivo: Bucarest 1974

Toda esta energía y actividad, incluida gran parte de la tensión subyacente, llegó a una crisis en agosto de 1974 con la World Population Conference en Bucarest, en la cual prorrumpieron a todo dar tanto el debate sobre el cuándo y el debate sobre el cómo. Muchos países en desarrollo, estimulados por el bloque socialista y llenos de fervor por un nuevo orden económico internacional, que era entonces objeto de ardiente

debate al interior de la ONU, expresaron profundas reservas sobre si los programas de población constituían algo necesario o deseable y sobre cómo debían enmarcarse las políticas sobre población. El punto de vista de los países en desarrollo se encapsuló mejor en un aforismo expresado a viva voz por el jefe de la delegación de India. “El mejor anticonceptivo”, dijo el Dr. Karan Singh, “es el desarrollo”, pareciendo con eso renunciar a más de 20 años de vigorosos intentos del gobierno indio de reducir el crecimiento de la población mediante la esterilización y la prestación de servicios anticonceptivos. En otras palabras, olvidarse de los programas de planificación familiar y, en cambio, invertir en programas que abordaran las causas subyacentes de la alta fecundidad: la pobreza y la necesidad, siendo la consigna de este argumento: “atiende a las personas y la población se atenderá a sí misma”.

Gran parte de esta retórica se planteó para responder a la percepción de que las potencias occidentales, en especial Estados Unidos, estaban presionando muy fuerte por el control de la población a través de su defensa de los objetivos demográficos globales. Muchos países consideraron la presión de EUA como un atajo ingenuo al desarrollo económico que ignoraba la importancia crítica de un enfoque más general (y enormemente más costoso) que abordara las causas subyacentes de la alta fecundidad. El presidente Lyndon B. Johnson había reforzado esta sospecha con su infortunada declaración, algunos años antes, de que un dólar gastado en planificación familiar era igual a cinco dólares gastados en desarrollo económico. Además, la política y enfoque de la Office of Population de la US Agency for International Development, bajo Ravenholt, había adquirido una reputación bien ganada de promover programas de planificación familiar con exclusión de otras inversiones para reducir la fertilidad. En esto, el gobierno de Estados Unidos estuvo en gran parte aislado de otras naciones que argumentaban por un enfoque más equilibrado en las políticas sobre población.

Eso en cuanto al debate sobre el cómo. El debate sobre el cuando, aunque algo menos beligerante, fue también objeto de escepticismo considerable, argumentando muchos países, como China y la antigua Unión Soviética, a las que se unieron Argelia, Argentina y muchos estados del África subsahariana, contra la opinión maltusiana e insistiendo en que el rápido crecimiento de la población era un arenque rojo inventado por las potencias occidentales con el fin de mantener bajo control a los países en desarrollo y que el crecimiento de la población era más un síntoma que la causa del subdesarrollo.

Entre tanto, la mayor parte de las economías de Asia oriental eran participantes callados en estas confrontaciones ideológicas. Estos futuros “tigres” –Hong Kong, Corea, Singapur, Taiwán (China) y Tailandia– como también Indonesia y Filipinas, habían decidido que la reducción de la fertilidad mediante la planificación familiar debía ser un componente integral de sus estrategias de desarrollo económico, en las

que también asignaban prioridad alta a las mismas inversiones que los proponentes del desarrollo como mejor anticonceptivo solicitaban, es decir, reducir la mortalidad infantil, aumentar el nivel de educación de la mujer, proveer garantías de seguridad económica a los entrados en años y otras semejantes. Los pragmáticos de Asia oriental no consideraron la planificación familiar y las inversiones en otros aspectos del desarrollo en términos de esto o aquello. Sensiblemente, como resultó ser, las consideraron complementarias.

Bucarest fue algo así como una catarsis: una oportunidad para que los países liberaran algo de energía y presentaran un conjunto de quejas hacia Estados Unidos y sus aliados. Digo esto porque, después de toda la retórica, el World Population Plan of Action (Plan de Acción sobre la Población Mundial) que surgió como documento de consenso solicitó una combinación de inversiones en planificación familiar y en otros aspectos del desarrollo que ayudaría a reducir la demanda de niños. De hecho, durante los años siguientes, una gran mayoría de los países que habían participado en la conferencia de Bucarest procedió a enunciar e implementar políticas de población, la mayor parte de las cuales comprendían principalmente programas de planificación familiar voluntaria.

Quizás el defensor de mayor influencia del enfoque equilibrado fue el presidente del Population Council, Bernard Berelson. Defensor fuerte de los programas de planificación familiar, que recalcó que representaban la ruta más directa y menos costosa a una menor fecundidad, Berelson reconoció, no obstante, que el límite superior de lo que podían lograr los programas de planificación familiar en términos de control de la fecundidad lo fijaba el entorno socioeconómico en el que operaban. Así, Berelson abogó por un enfoque que combinaba programas de planificación familiar con medidas más allá de esa planificación que reforzaran una norma de familia pequeña. Con el tiempo, el enfoque de Berelson, que fue aceptado ampliamente por el UN Population Fund, el Banco Mundial y otras agencias de desarrollo, como también por la mayor parte de los gobiernos, se convirtió de hecho en el plano según el cual operaron la mayoría de los programas nacionales.

Lanzamiento de una revolución en la reproducción, 1974-94

La gran mayoría de países adoptó programas de planificación familiar voluntaria, que en la mayor parte de los casos fueron parte integrante de sus sistemas de salud materna e infantil o de atención primaria. Así se llegó, después del *sturm und drang* (tempestad e impulso) de Bucarest, a una era dorada de la planificación familiar: un

período de 20 años durante el que ocurrió una revolución en la reproducción, en todas las regiones del mundo con excepción de África subsahariana.⁴

¿En qué consistió esta revolución? Dos estadísticas ayudan a responder la pregunta. Entre mediados de los años sesenta y mediados de los noventa, la fecundidad promedio en el mundo en desarrollo, incluida China, cayó de unos seis hijos durante la vida reproductiva de cada mujer, a unos tres, es decir una disminución del 50%. Durante el mismo período, el predominio de uso de anticonceptivos por parte de las mujeres aumentó de menos de 10% a casi 60%. Naturalmente, es difícil establecer cuánta reducción en la fecundidad se debió a programas organizados de planificación familiar y cuánta habría ocurrido como subproducto natural de otras influencias en el comportamiento del embarazo, pero dos hechos sugieren que los programas y las políticas generales sobre población de las que formaban parte, tuvieron un papel importante. La baja en la fecundidad que ocurrió en una sola generación en los países en desarrollo tomó alrededor de un siglo en los países industriales de hoy y no es probable que esta reducción rápida en los países en desarrollo haya sucedido en ausencia de las políticas públicas diseñadas para reducir las tasas de natalidad y los programas organizados para contribuir a implementarlas. Con la misma lógica, en los países que desarrollaron programas fuertes y robustos, la baja en la tasa de fecundidad fue más rápida en la mayor parte de los casos que en los países que no desarrollaron esos programas o cuyos programas fueron más débiles (Ross y Mauldin, 1997). Un análisis muy respetado atribuye la mitad de la reducción en la fecundidad de la era moderna a los programas organizados de planificación familiar (Bongaarts, Mauldin y Phillips, 1990).

El éxito notable de los programas empezó en Asia oriental en los años sesenta y se propagó con relativa rapidez a través de la mayor parte del mundo en desarrollo durante los años setenta y ochenta. Incluso dos países que se consideraba eran altamente improbables de constituir historias de éxito en planificación familiar tuvieron un progreso notable: Bangladesh, que era desesperadamente pobre, escena de la mitad del programa fracasado de Pakistán en la década de 1960, y Kenia, que en los años setenta tuvo la dudosa distinción de poseer la mayor tasa de natalidad del mundo, más de ocho hijos por cada mujer. Ambos países recortaron su tasa de fecundidad a la mitad entre 1975 y 1995. En América Latina, muchos países empezaron a aproximarse al nivel de reemplazo de poco más de dos hijos por cada mujer para los años

4 Entre tanto, aun en otro cambio dramático e irónico total de actitud, India, en el término de dos años, había iniciado uno de los programas más draconianos de control natal coercitivo que se hayan visto en el mundo: la esterilización forzosa de cientos de miles de personas, en su mayoría hombres.

noventa y en el Medio Oriente y África septentrional, Argelia, República Árabe de Egipto, Marruecos y Túnez se unieron a los países asiáticos de Bangladesh, Indonesia y Malasia, demostrando que el Islam no constituye necesariamente una barrera para los programas exitosos de planificación familiar. Aun África subsahariana tuvo puntos más brillantes que Kenia. De hecho, Botswana y Zimbabue disminuyeron sus tasas de natalidad más pronto y en mayor magnitud que Kenia, uniéndose a Sudáfrica en el movimiento de África meridional hacia la fecundidad baja. Más recientemente, Ghana parece haberse encaminado en la misma dirección. No obstante, la mayoría del África subsahariana, en particular África central y occidental, ha tenido poco éxito en disminuir la fertilidad. De hecho, la mayoría de los países escasamente lo han intentado.

La existencia de una relación inversa entre el nivel general de desarrollo y la rapidez de la disminución en la fecundidad no parece estar en duda. Así, los países relativamente más prósperos, alfabetizados y saludables de América Latina, experimentaron bajas rápidas en la fecundidad con niveles relativamente bajos de esfuerzos de programas públicos, en tanto que los gobiernos de países más pobres, menos saludables y educativamente menos avanzados, como Bangladesh y Kenia, necesitaron hacer intentos más fuertes para lograr resultados comparables. En unos cuantos lugares, incluidos Bangladesh e Indonesia, los gobiernos ejercieron presión considerable en las parejas y las mujeres, en particular, para que tuvieran menos hijos. Algunos observadores han argumentado que estos programas fueron realmente coercitivos, obligando a las mujeres a limitar sus embarazos más allá de sus deseos verdaderos. Aunque son razonables los distintos puntos de vista sobre si los reembolsos a las aceptantes de esterilización en Bangladesh representaron un incentivo y fueron una forma de coerción, y sobre si la presión a los líderes de las aldeas y miembros del personal de los programas en Indonesia para lograr objetivos predeterminados de anticoncepción, llevaron a la coerción en algunas comunidades, en particular en Java, nadie pondría en disputa que la campaña de esterilización forzada de Indira y Sanjay Gandhi en 1976, o la política rígidamente obligatoria de un solo hijo en China iniciada en 1979-80 que continúa aún, representan coerción. En otras palabras, en los lugares donde las condiciones socioeconómicas no fueron especialmente conducentes a una disminución rápida y sostenida en la fecundidad, las acciones públicas para lograr menores tasas de natalidad rodearon, y algunas veces cruzaron, la línea entre el voluntarismo puro y la coerción. Este enfoque irritó a los activistas de los derechos humanos y los defensores de la salud de la mujer y llevó a una orientación política muy diferente de las políticas y programas sobre población a principios de los años noventa.

De manera que, a pesar de los intensos debates ideológicos y empíricos de la era Bucarest, la gran mayoría de los países adoptó políticas de población o planificación familiar durante los años setenta e implementó estas políticas con diversos grados de entusiasmo y vigor a través de los años ochenta y más allá, siendo el resultado una disminución global en la fecundidad que difícilmente se habría imaginado y que pocos habían predicho en la era anterior a Bucarest.

Precursores emergentes del cambio, 1984-94

La conferencia global que tuvo lugar en México en 1984 en el décimo aniversario de la de Bucarest, sirvió principalmente para reafirmar los principios básicos del World Population Plan of Action que se habían adoptado en Bucarest y ofreció también una oportunidad a la comunidad de naciones para comprometerse nuevamente con programas de planificación familiar voluntaria y otras iniciativas de políticas diseñadas para ocasionar una eventual estabilización de la población. Sin embargo, una nube oscura se cernía sobre la conferencia de México que llegó a causar un impacto serio y a largo plazo en el movimiento de la planificación familiar. Ella fue el anuncio de Estados Unidos de que cambiaba en forma abrupta su compromiso de vieja data con las políticas de población y planificación familiar, a una posición de neutralidad en lo que se refería al crecimiento de la población, junto con una oposición categórica al aborto. El anuncio de los EUA causó conmoción en las delegaciones acostumbradas a que los EUA las urgiera a ejercer acción más vigorosa para refrenar la fecundidad alta. Diseñada por la administración Reagan para cumplir una promesa de campaña sobre los derechos religiosos en Estados Unidos, esta “política de México”, como se conoció, anunció 12 años de ‘excepcionalismo’ estadounidense en asuntos de población internacional y presagió una antipatía aún más profunda hacia la cooperación internacional en relación con la población con el advenimiento de la administración de George W. Bush en 2001.

En 1994, el mundo era un lugar muy distinto de lo que había sido en 1974. Cuando la ONU se preparó para una tercera reunión global sobre población, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo que debía tener lugar en El Cairo, varios factores estaban moviendo el consenso internacional en nuevas direcciones. Primero, la demografía global había cambiado desde 1974. Habían tenido lugar reducciones rápidas y masivas en la fecundidad a través de Asia y América Latina y en gran parte del resto del mundo en desarrollo, estimulando la impresión de que el problema de la población se había resuelto en gran parte. Al mismo tiempo, la fecundidad en el mundo industrial, que los demógrafos habían confiadamente predicho se estabilizaría en el nivel de reemplazo, había caído bien por debajo de ese nivel y parecía estar

estabilizándose en niveles tan bajos como para cuestionar la sostenibilidad de las poblaciones propias de la mayor parte de los países europeos y de Asia oriental. En otras palabras, el temor de una explosión de población global había desaparecido casi por completo.⁵ Segundo, un movimiento internacional femenino fuerte y determinado había concluido que el movimiento de la población, según se implementaba en muchos países con asistencia de agencias de desarrollo internacional, representaba una amenaza significativa para la salud y derechos de la mujer. Estos grupos de mujeres estaban determinados a transformar el movimiento de la población y planificación familiar en un movimiento de salud y derechos reproductivos, es decir, uno que rechazara explícitamente objetivos demográficos y se concentrara en cambio en mejorar los derechos y la salud de los individuos al tiempo que respetara su libertad reproductiva.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 y el cambio de paradigma

En la conferencia de El Cairo, la combinación de una falta de urgencia a nivel macro sobre la cuestión del crecimiento de la población y una preocupación intensa a nivel micro sobre los derechos y la salud reproductiva, llevó a lo que constituiría una reformulación casi completa de las políticas y estrategias globales de población. El International Conference on Population and Development Program of Action solicitó explícitamente abandonar los objetivos de los programas demográficos y de planificación familiar a favor de un temario más general de políticas que incluyera un rango de medidas de salud reproductiva, incluida la planificación familiar y satisficiera las necesidades generales de salud reproductiva de la mujer, y también una serie de medidas de políticas sociales y económicas diseñadas para otorgar poderes a la mujer y fortalecer sus derechos. Aunque se mencionaron temas de población, no constituyeron parte destacada del temario y fueron olvidados casi por completo al terminar la conferencia. La planificación familiar se convirtió en un tema casi olvidado después de El Cairo. De hecho, el capítulo principal del Program of Action sobre programas de prestación de servicios, que había sido titulado “Family Planning and Reproductive Rights and Health” (Planificación familiar y derechos y salud reproductiva) en los documentos previos a la conferencia, fue titulado simplemente “Reproductive Rights and Reproductive Health” (Derechos y salud reproductiva) en la versión final adoptada por las más de 180 delegaciones presentes.

5 Este temor había sido superado a pesar de la adición de 600 millones de personas en India desde 1965 hasta 2005, igual a la población completa del África subsahariana en 1995.

El Cairo fue verdaderamente un drenaje crucial. Algunos ya lo han considerado como el fin del movimiento de planificación familiar, evento que celebran muchos feministas y activistas de los derechos de la mujer y humanos como un cambio de paradigma e igualmente deplorado por los defensores tradicionales de la población, inclusive muchos demógrafos y otras personas preocupadas por las tasas altas de fecundidad, como el abandono de un compromiso de décadas con la estabilización de la población. En los años transcurridos desde la conferencia, la atención global se ha alejado cada vez más del crecimiento de la población como política central o preocupación del desarrollo, mientras el creciente número de víctimas por infección de VIH y muertes por Sida ha capturado la atención de los autores de las políticas. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, que acordaron casi todas las naciones en 2000, no incluyeron ninguna mención del crecimiento de la población ni de la salud reproductiva o la planificación familiar. De hecho, el objetivo de El Cairo de acceso universal a servicios de salud reproductiva fue el único objetivo entre los que surgieron de una serie de conferencias globales en los años noventa que no llegó a la lista final de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio. En adición, iniciando en 2001, Estados Unidos se unió a El Vaticano en un esfuerzo determinado de oposición al aborto, oposición que fusionó al aborto de tal manera con los temas de salud sexual y reproductiva que cambió el consenso político anterior en una arena de contención y controversia hasta el grado de que empezó a alejar a muchos gobiernos de la salud reproductiva por completo. Como es lógico, los recursos para la planificación familiar y los servicios relacionados de salud sexual y reproductiva han disminuido marcadamente en la última década (Population Action International, 2005; Speidel).⁶

Conclusión

Así, ¿en qué debe quedar el notable movimiento que duró la mayor parte de cuatro décadas? ¿Puede considerársele un éxito o un fracaso? ¿Ha cumplido los objetivos esperados por sus fundadores? ¿Qué clase de legado ha dejado? Los estudios de caso de los países que siguen a continuación, ofrecen una rica muestra de experiencia, gran parte de ella positiva, alguna no tanto. En mi opinión, el movimiento de planificación familiar ha sido uno de los ejemplos más exitosos de cooperación para el desarrollo en la historia. A pesar de todo el conflicto cultural y político subyacente que estuvo presente en él, el movimiento se destaca al lado de la Revolución Verde en la agri-

6 Speidel, J. Joseph. "Population Donor Landscape Analysis". En *Review of Packard Foundation International Grantmaking in Population, Sexual and Reproductive Health and Rights*. David and Lucile Packard Foundation. <http://www.packard.org>.

cultura como demostración de lo que pueden lograr la voluntad política colectiva y la cooperación internacional fuerte. Como tal, debería servir como un faro de esperanza para quienes desesperan sobre las perspectivas de acción global efectiva para revertir problemas contemporáneos tan apremiantes como el calentamiento global y la pandemia del Sida.

Referencias

- Bongaarts, John, W. Parker Mauldin y James Phillips. 1990. "The Demographic Impact of Family Planning Programs." *Studies in Family Planning* 21 (6): 299–310.
- Coale, Ansley y Edgar Hoover. 1958. *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Davis, Kingsley. 1967. "Population Policy: Will Current Programs Succeed?" *Science* 158 (10): 730–39.
- Donaldson, Peter J. 1990. *Nature against Us: The United States and the World Population Crisis, 1965–1980*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Donaldson, Peter J. y Amy Ong Tsui. 1990. "The International Family Planning Movement." *Population Bulletin* 45 (3).
- Draper, William H., Jr. 1959. *Report of the President's Committee to Study the U.S. Military Assistance Program*. Washington, D.C.: Government Printing Office.
- Enke, Stephen. 1960. "The Economics of Government Payments to Limit Population." *Economic Development and Cultural Change* 8 (4): 339–48.
- Harkavy, Oscar. 1995. *Curbing Population Growth: An Insider's Perspective on the Population Movement*. Nueva York: Plenum Press.
- Kantner, John F. y Andrew Kantner. 2006. *The Struggle for International Consensus on Population and Development*. Nueva York: Palgrave Macmillan.
- Myrdal, Gunnar. 1968. *Asian Drama: An Inquiry into the Poverty of Nations*. Nueva York: Pantheon.
- Piotrow, Phyllis T. 1973. *World Population Crisis: U.S. Response*. Nueva York: Praeger.
- Population Action International. 2005. *Progress and Promises: Trends in International Assistance for Reproductive Health and Population*. Washington, DC: Population Action International.
- Ravenholt, R. T. 1969. "A.I.D.'s Family Planning Strategy." *Science* 10 (163): 124–27.
- Ross, John y W. Parker Mauldin. 1997. *Measuring the Strength of Family Planning Programs*. Washington, DC: Futures Group International.
- Sinding, Steven W. 2000. "The Great Population Debates: How Relevant Are They for the 21st Century?" *American Journal of Public Health* 90 (12): 1841–47.

I

Medio Oriente y África septentrional

2

Evolución de las políticas y programas sobre población en la República Árabe de Egipto *

Warren C. Robinson y Fatma H. El-Zanaty

A comienzos del siglo XX, ni la élite gobernante egipcia ni sus numerosos expertos y asesores extranjeros parecían haberse preocupado sobre la excesiva población de la República Árabe de Egipto. Lord Cromer, el cónsul general británico en Egipto de 1883 a 1907 y gobernante real del país, escribió: “Una gran ventaja de la situación de Egipto fue que no había ningún problema económico oculto en las páginas del presupuesto. El ministro de Finanzas no tenía que tratar, como en India, con una población atestada, de la cual un gran porcentaje vivía en tiempos normales al borde de la inanición. Él nunca se tuvo que referir a los escritos de Malthus” (Shanawamy, 1973, p. 189).

Sin embargo, esto empezó a cambiar, no mucho después del principio del siglo XX. En 1897 comenzó la realización de una serie de modernos censos de población y, con el tiempo, estos recuentos decenales revelaron un aumento sostenido en la población. Se escribieron artículos de prensa y empezó a originarse entre algunos académicos y en la profesión médica la percepción de las implicaciones a largo plazo de tal crecimiento.

Wendell Cleland, profesor de sociología en la American University de El Cairo, llegó al tema a raíz de su preocupación por la obvia y creciente pobreza de los aldeanos rurales y presentó sus hallazgos en varias publicaciones (Cleland, 1936, 1937, 1939). Utilizando la serie de censos decenales efectuados desde 1897, Cleland presentó evidencia estadística de que la población crecía a una tasa creciente. Observó que Egipto era ya un país desesperadamente pobre y cualquier aumento sostenido en la población plantearía una amenaza seria a la viabilidad económica del país. De hecho, Cleland concluyó que Egipto ya estaba superpoblado, cuando estimó que el país podía proporcionar un estándar de vida adecuado para 12 millones de personas, pero

* Este ensayo se basa fuertemente en un trabajo más detallado anterior sobre el mismo tópico (Robinson y El-Zanati, 2006) *ver* la reciente encuesta histórica de Makhlof (2003) y la excelente revisión de Moreland de 2005.

tenía ya más de 16 millones. Como respuesta, desarrolló un plan (Cleland, 1939) que solicitaba: a) aumentar y conservar la riqueza natural, incluida toda la tierra arable disponible, lo que llevaría a la destrucción de algunos desarrollos de vivienda de gran altura nuevos para la clase media con el fin de retornar alguna tierra para cultivos; b) estimular la emigración hacia áreas recién irrigadas y también al Sudán, y c) reducir los nacimientos implementando la provisión pública de anticonceptivos, elevando los estándares educativos y sociales, introduciendo legislación para aumentar la edad de matrimonio y promoviendo otras medidas para recompensar la fecundidad baja y penalizar la alta. Cleland no tenía posición oficial, pero presentó sus hallazgos en numerosas reuniones a finales de los años treinta, tanto en Egipto como en el exterior, y su trabajo generó controversia. Su sugerencia de que se requería un programa de control natal agitó mayor controversia aún, reflejando la moral conservadora predominante y las actitudes religiosas del día.

Algo más tarde, Ammar estudió el desarrollo económico y social en la provincia de Sharqiya y concluyó que “el problema real es de población. Su tendencia ha ido subiendo con rapidez desde principios de siglo sin un aumento equivalente en los ingresos” (Ammar, 1942, p. 55).

De acuerdo con el doctor Zahia Marzouk, uno de los pioneros de la planificación familiar en Egipto (Houston, 1991, p. 121):

En 1937 empezamos a pensar en la explosión de la población. Profesores universitarios, ginecólogos, estadísticos, toda clase de personas estaban interesadas en la población futura de Egipto. Formamos una asociación pequeña, no oficial, con el fin de discutir sobre temas demográficos y queríamos sostener una conferencia, pero pensamos que sería mejor consultar a un religioso. Afortunadamente, la autoridad religiosa que contactamos no desaprobó la planificación familiar y pensaba que era necesaria si la salud de la mujer o su vida estaban en peligro, o si temía llegar a encontrarse en una situación muy pobre y necesitada. Con base en esta opinión, seguimos adelante y celebramos la conferencia de población en 1937, que fue patrocinada por la asociación médica.

Los esfuerzos organizados de Egipto para abordar la planificación familiar se remontan a estos inicios. En el recuadro 2.1 se presenta un cronograma de los eventos más importantes.

Primeros pasos hacia una política oficial

El gobierno egipcio había empezado también a pensar en la cuestión de la población y creó el Ministerio de Asuntos Sociales en 1939, en parte para estudiarla y también

Recuadro 2.1 *Cronograma de eventos principales en la evolución del programa de planificación familiar de Egipto*

- 1937: Wendell Cleland y otros académicos documentan el crecimiento rápido de la población de Egipto.
Se organiza una asociación de planificación familiar privada en El Cairo. La Universidad Al-Azhar emite una *fatwa* islámica aprobando métodos de espaciamiento de embarazos.
- 1953: El presidente Nasser aprueba límites a la población.
- 1957: El Ministerio de Asuntos Sociales empieza a estudiar la cuestión de la población.
- 1960: La Asociación Egipcia de Estudios sobre Planificación Familiar, semioficial, empieza su trabajo en las ciudades.
- 1962: El nuevo gobierno declara la población como un problema mayor.
- 1965: Se crea el Consejo Supremo de Planificación Familiar.
La Ford Foundation, el Population Council y otras agencias suministran asistencia técnica.
El Ministerio de Salud adopta la planificación familiar como programa incremental.
La tasa de predominio de uso de anticonceptivos empieza a subir, principalmente en relación con el uso de la píldora anticonceptiva; la práctica médica restringe el uso del dispositivo intrauterino (DIU).
- 1974: Siguiendo la doctrina de la Conferencia de Bucarest, las políticas revisadas consideran a la población como parte de temas más generales del desarrollo.
Se lanza el Programa de Población y Desarrollo.
- 1979-80: La encuesta egipcia de fertilidad revela el fracaso del Programa de Población y Desarrollo y titubean las políticas.
- 1981: Se lanza el programa de mercadeo social Familia del Futuro.
- 1985: Se crea el Consejo Nacional de Población con el doctor Maher Mehran como su secretario general.
Se fortalecen los componentes de administración, logística e investigación.
- 1985: Se eliminan las restricciones al uso del DIU, se introduce el DIU cobre-T y sube rápidamente la tasa de predominio de uso de anticonceptivos.
La us Agency for Internacional Development se convierte en un donante mayor.
- 1988-90: El Servicio de Información del Estado inicia campañas nacionales en los medios expandidas y dirigidas específicamente.
Se extiende el Proyecto de Mejoramiento de Servicios Clínicos a toda la nación.
El Ministerio de Salud lanza el Gold Star Program (Programa de la Estrella Dorada) para mejorar la calidad del servicio.
- 1992-95: El programa llega a un momento crucial.
Una serie de encuestas muestra aumentos continuos en la tasa de predominio de uso de anticonceptivos y bajas en la fecundidad.

sus implicaciones sociales. En varios informes del gobierno de ese tiempo se destacó la relación entre la tierra, los recursos y el crecimiento de la población. La creación de un programa de salud pública extendido construido alrededor de los llamados puestos de salud en áreas rurales se debió, al menos en parte, a la creencia de que las altas tasas de mortalidad estaban ligadas a las tasas de natalidad, noción que Cleland subrayó en su libro (Cleland, 1936). Esta noción reflejaba la teoría implícita en el plan de Cleland, a saber, que tanto las altas tasas de mortalidad como las de natalidad eran ambas premodernas. Él consideraba que la modernización consistía en una serie de cambios interconectados que más tarde, reduciendo antes las tasas de mortalidad, reducirían también las de natalidad.

Ésta, naturalmente, es la esencia de la teoría de la transición demográfica, noción que ya empezaba a arraigarse en el pensamiento de los especialistas en población. Propuesta primeramente por Thompson, Wilcox y otros a finales de los años veinte, Notestein, Davis y otros a finales de los treinta refinaron y enfocaron el concepto (Kira, 1996), que adoptó su forma final en los años siguientes a la Segunda Guerra Mundial. Cleland y otros académicos en Egipto conocían, sin duda, esta literatura, la que los orientó al menos hasta cierto punto, en su concepción sobre Egipto. En 1942, Cleland participó en un taller del Milbank Fund sobre estos temas, junto con muchas de las luminarias responsables por el desarrollo de la teoría. Kiser escribió un análisis detallado de la situación demográfica de Egipto para este taller y concluyó que “Egipto esta en un atascamiento demográfico” (Kiser, 1942, p. 122). Egipto fue un campo de batalla durante gran parte de la Segunda Guerra Mundial y a raíz de eso todos los demás intereses quedaron suspendidos.

Ambivalencia durante el período posterior a la revolución

La historia política moderna de Egipto empieza en 1952 con el derrocamiento de la monarquía. El nuevo gobierno, que pronto encabezaría Gamal Abdel Nasser, líder del llamado grupo de jóvenes oficiales, lanzó intervenciones fuertes de políticas y programas de largo alcance en muchos campos de la vida económica y social egipcia. Su enfoque fue progresista, pero también centralista y autoritario, por el mismo estilo de las largas tradiciones de gobernabilidad egipcia (Goldsmith, 1990).

El nuevo enfoque fue también explícitamente socialista, lo que no conjugaba con la tradición egipcia, pero el socialismo que surgió fue más pragmático y paternalista que las versiones de Europa oriental y de Asia y tuvo un toque egipcio distintivo. Esta circunstancia contribuyó a sobrellevar algunos, aunque no todos, de los costosos y dolorosos errores que el modelo socialista europeo de desarrollo infligió a muchos países en desarrollo, especialmente en el sector agrícola.

El nuevo gobierno dio también los primeros pasos tentativos hacia una política de población. En noviembre de 1953, el ministro de servicios sociales sometió un memorando al Consejo Permanente de Servicios Públicos titulado “The Population Situation in Egypt and the Necessity for Planning a Population Policy for the Country” (La situación de la población en Egipto y la necesidad de una política poblacional para el país). Después de esto, en enero de 1954, se creó la Comisión Nacional sobre Asuntos de Población con subcomités para el tratamiento de los aspectos demográficos, médicos y económicos del crecimiento de la población. A partir de 1955, el subcomité médico estableció clínicas, inicialmente ocho, que después se expandieron a 15, para ofrecer servicios a las parejas en relación tanto con la fecundidad como con la esterilidad (Frag, 1970; Gadalla, 1968; Ibrahim, 1995; Ibrahim e Ibrahim, 1996; Rizk, 1955). En 1957, en la Asamblea Nacional, el mismo ministro de servicios sociales sacó a relucir la cuestión de si era deseable una política nacional de población, declarando que el gobierno no había tomado ninguna decisión en firme.

Aun estos cautelosos primeros pasos fueron controvertidos y provocaron comentarios fuertes de los grupos conservadores, incluida la entonces poderosa Moslem Brotherhood (Hermandad Islámica). Sin embargo, la opinión religiosa era mixta, aunque prevalecía la interpretación de la ley Sharia de que los intentos de una mujer para terminar su embarazo no eran coherentes con el Islam, pero que una mujer podía espaciar sus embarazos en interés de su propia salud o el bienestar de su familia. Esta interpretación sigue siendo, esencialmente, la doctrina religiosa predominante hoy.

Los principales líderes del nuevo gobierno no se opusieron a la planificación familiar, pero parecían escépticos en cuanto a su eficacia. El primer presidente, el general Mohammed Naguib, escribió: “La realización de nuestras esperanzas dependerá de varios factores, el más importante de los cuales es el crecimiento rápido de la población de Egipto... pero el control de la natalidad mediante la anticoncepción es difícilmente factible en aldeas cuyos hogares carecen de agua potable, servicios sanitarios y luz eléctrica. Pensamos que un medio más efectivo de controlar la natalidad es proveer a las aldeas los rudimentos de la civilización moderna” (Naguib, 1955, p. 160).

El sucesor de Naguib, Nasser, mostró una ambivalencia similar. En 1953, dijo: “El número total de egipcios es de 22 millones y cada año aumenta en 350.000. Dentro de 50 años, la población de Egipto llegará a los 44 millones y del cielo no llueve oro ni plata. Si estamos dispuestos a elevar nuestro estándar de vida no debemos olvidarnos de este hecho. El estándar de vida está en deterioro, la población va en aumento y ustedes conocen los límites de nuestra riqueza” (Shanawamy, 1973, p. 193). Aun así, en una entrevista de 1959 citada con frecuencia, Nasser dijo también: “En lugar de concentrarnos en el control natal, haríamos mejor en concentrarnos en cómo utilizar nuestros propios recursos. Vivimos sólo en el 4% de nuestro país y eso es lo que

utilizamos. El resto se ha descuidado y está desierto. Si dirigimos nuestros esfuerzos a expandir el área en que vivimos, en lugar de reducir la población, pronto encontraremos una solución” (Shanawamy, 1973, p. 194).

Muchos otros egipcios influyentes pensaban en igual forma. La planificación familiar parecía una política negativa y eran tiempos de pensamiento positivo. Se había anunciado el primer plan quinquenal, se estaba planeando la nueva represa del Nilo en Asuán y el país estaba optimista sobre el rápido crecimiento industrial y económico que seguiría a la terminación de la represa. La creciente fuerza de trabajo sería educada: trabajadores industriales que impulsarían el crecimiento industrial planeado del nuevo Egipto. Otros elementos más sutiles ofrecieron apoyo inarticulado a esta posición. Se consideraba al control natal como “occidental” y a Occidente en decadencia. La ya poderosa posición de Egipto en la política árabe y del Medio Oriente sólo podía fortalecerse más si Egipto se hacía más populoso.

En esta atmósfera, la iniciativa de las políticas de población languideció y no se lanzó ningún programa. En 1960, la Comisión Nacional sobre Temas de Población se transformó en una organización no gubernamental (ONG), la Asociación Egipcia de Estudios de Planificación Familiar, que en realidad era cuasi oficial, pues recibía apoyo financiero del gobierno y funcionarios oficiales pertenecían a sus subcomités y ayudaban con su trabajo clínico. Sin embargo, su condición de ONG significaba que sus actividades estaban por fuera de la política oficial. La asociación fue un acuerdo intermedio entre un programa activo o ningún programa. Como respuesta a cuestionamientos hostiles presentados en el parlamento durante este período, el gobierno siguió declarando que aún no había definido su posición sobre el crecimiento de la población.

No obstante, el péndulo había comenzado a girar en la otra dirección. En 1962, el gobierno promulgó un nuevo estatuto nacional que establecía los supuestos básicos y principios orientadores para la nueva República Árabe de Egipto. Este estatuto identificó claramente el rápido crecimiento de la población como una amenaza para el mejoramiento económico del pueblo egipcio: “El aumento de la población es el obstáculo más peligroso a que se enfrenta el pueblo egipcio en su impulso hacia el aumento del estándar de producción en su país en forma efectiva y eficiente” (traducción de Makhlouf, 2003, pp. 236-37). El gobierno constituyó un comité ministerial para estudiar qué debía hacerse y el parlamento discutió y debatió el tema. Los académicos islámicos de la Universidad Al Azhar consideraron formalmente el asunto y nuevamente dictaminaron que la planificación familiar para espaciar los embarazos no era inconsistente con la ley y la costumbre islámica.

Este cambio de opinión por parte de los líderes del gobierno se suscitó porque el nuevo régimen había elevado las expectativas populares a un nivel muy alto en forma

poco realista. Tras una década de altas esperanzas y discursos encumbrados, la gente se dio cuenta de que no era probable un aumento significativo en el estándar de vida en el futuro próximo. Las mayores aspiraciones se habían convertido en mayores frustraciones y el régimen regresó al control de la población casi con desesperación. Probablemente, los líderes principales aún no creían que funcionaría, pero podría funcionar y el intento no causaría daño. Para mediados de los años sesenta ya eran más serios en cuanto a crear un programa de prestación de servicios.

Se crearon organizaciones de planificación familiar en El Cairo y Alejandría y la Asociación Egipcia de Estudios de Planificación Familiar cambió de nombre al de Asociación Egipcia de Planificación Familiar y se afilió a la International Planned Parenthood Association, basada en Londres. Los fondos para las operaciones de la organización se obtuvieron inicialmente trasladándolos de otros proyectos no relacionados con la planificación familiar bajo el Ministerio de Asuntos Sociales, con cuyos auspicios operó la asociación y continúa operando. En 1964, se creó la Population Research and Family Planning Division en la Sección de Investigación del Ministerio de Salud, la primera incursión del ministerio en el campo de la planificación familiar. Se hicieron disponibles los primeros anticonceptivos modernos durante este período, principalmente a través del sector privado. La producción local de anticonceptivos orales empezó en 1965 y se introdujo el nuevo dispositivo intrauterino (DIU) manufacturado en el exterior en 1964.

El primer programa de planificación familiar

En 1965, el gobierno estableció el Consejo Supremo de Planificación Familiar para que funcionara como principal organismo de diseño de políticas de población y planificación familiar y en ese año fue también la primera vez que la planificación familiar aparecía en un renglón del presupuesto nacional convirtiéndose así en una realidad administrativa. El mandato para el Consejo era el de ser responsable de la planeación general de la planificación familiar, estudiar la relación entre la población y los asuntos económicos, sociales y médicos, y coordinar las actividades de todos los ministerios y grupos privados pertinentes.

El Consejo estuvo conformado por los ministros de salud, educación, orientación cultural y nacional, gobierno local, asuntos del gabinete, asuntos religiosos, asuntos sociales y el jefe de la Agencia Central de Movilización Pública y Estadísticas. El primer ministro actuaba como presidente *ex officio*. Se formaron grupos similares, conocidos como comités consejeros de gobierno de planificación familiar, en cada una de las 21 gobernaciones del país. Cada uno de ellos era presidido por el gobernador y se componía de los directores locales de los distintos ministerios representados en el

Consejo Supremo de Planificación Familiar, junto con representantes de la Arab Socialist Union (Unión Socialista Árabe), que era el partido político gobernante, y representantes de otros grupos locales interesados. Una oficina ejecutiva regional funcionaba bajo cada comité de gobierno para supervisar la implementación del programa. Se creó a nivel nacional el Executive Family Planning Secretariat (Secretariado Ejecutivo de Planificación Familiar) para implementar las políticas de planificación familiar.

Los ministerios de Salud y Asuntos Sociales eran los responsables de la prestación del servicio y ya contaban con personal e instalaciones en todo el país. El Ministerio de Salud estableció el National Family Planning Project (Proyecto Nacional de Planificación Familiar) dentro de su estructura organizativa existente y el de Asuntos Sociales continuó supervisando las ONG, inclusive, en particular, la Asociación Egipcia de Planificación Familiar. La nueva Junta de Planificación Familiar debía coordinar las actividades de los ministerios y emprender actividades de investigación, capacitación y educación. Se le otorgó un presupuesto de LE 1 millón por año y entró a operar en 1966.

Las políticas y programas oficiales de Egipto precedieron a cualquier participación financiera significativa de donantes extranjeros durante una década, aunque se proporcionó asistencia técnica limitada junto con alguna ayuda en especie ofrecida por la International Planned Parenthood Federation (antes la International Planned Parenthood Association) y varios grupos basados en los EUA, incluidos la Fundación Ford, la Fundación Rockefeller y el Population Council. En ese tiempo, las principales agencias oficiales internacionales, bilaterales y multilaterales, de ayuda, no participaban aún en los campos de la población y la planificación familiar, cosa que empezó a cambiar drásticamente a finales de los años sesenta. La Swedish International Development Cooperation Agency empezó a ofrecer asistencia técnica para planificación familiar a mediados de la década de 1960. El Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población se creó en 1968 y poco después se autorizó a la us Agency for International Development (Usaid) para proveer asistencia en actividades de planificación familiar. El interés del Banco Mundial en la población data de este mismo tiempo. Todos estos donantes tuvieron un papel en Egipto más tarde, durante la evolución del programa, pero sólo las ONG (Fundación Ford, Population Council y Fundación Rockefeller) contribuyeron efectivamente a conformar las políticas originales (Croley, 1969; Husein, 1977).

Para 1966, Egipto tenía una política y un programa encaminados a reducir la fecundidad y el crecimiento de la población. El programa parecía tener objetivos directos y sensibles y una estructura organizativa coherente. El gobierno decidió hacer uso de las instalaciones y personal existentes en los ministerios de Salud y Asuntos Sociales para prestar los servicios y proveer los anticonceptivos y consideró el esquema completo

como acrecentado en relación con otras actividades relacionadas con la salud que ya estaban en marcha. Como resultado, todos los miembros de los numerosos comités creados estaban ya completamente ocupados en otras tareas y así se constituyó el existente Consejo Supremo de Planificación Familiar como dicho comité. Este Consejo se reunió raras veces, si es que se reunió, y el liderazgo real estuvo en la Junta Ejecutiva de Planificación Familiar. El personal asignado a este organismo, sus componentes derivados y las agencias locales de implementación, se seleccionó de entre los miembros del personal regular del Ministerio de Salud y se le pagó un 30% adicional de su salario base para cubrir sus nuevos deberes. Los servicios de planificación familiar se basaron en las clínicas, ofreciendo éstas los servicios de planificación durante tres tardes por semana, después de su horario clínico regular y a los médicos y demás personal del servicio se les pagaba con base en tiempo extra. Además se les permitió imponer cargos modestos por suministros (LE 0,10 por paquete de anticonceptivo oral y LE 1 por cada DIU), el 50% para el doctor y el 50% para el resto del personal.

El enfoque adoptado constituyó un intento de construir rápidamente un programa al tiempo que se economizaba en el uso de personal y recursos clínicos escasos. Por el lado positivo, se creó un sistema nacional de más de 2.000 clínicas, hospitales y otros puntos de servicio, virtualmente de la noche a la mañana. Además, el uso de las instalaciones del Ministerio de Salud pareció asegurar que la planificación familiar se integraría por completo a las actividades regulares de salud, táctica que favorecerían la mayoría de los expertos en planificación familiar. Sin embargo, la realidad que surgió con el tiempo fue algo distinta. Lo que en realidad se había creado era la apariencia de un programa, gran parte del cual sólo existía en el papel, y no una operación de prestación de servicios en pleno funcionamiento. Las deficiencias de esta estructura se hicieron rápidamente visibles. En su comprensiva revisión del programa, Omran (1973, p. 127) advertía que “las fortalezas del programa pueden ser su debilidad” y anotó que mientras el diseño del programa era admirable, su implementación dejaba mucho que desear.

Críticas del primer programa

Una crítica de Gadalla (1968, pp. 215-20), particularmente analítica, encontró muchos problemas mayores en el programa, entre esos los siguientes:

- *El programa no se financió adecuadamente.* De 1965 a 1970, el presupuesto anual promedio asignado a la Junta de Planificación Familiar fue de aproximadamente LE 5,50 por mujer casada de entre 15 y 45 años de edad y gran parte de esta cantidad la consumieron los gastos generales y administrativos.

- *La dirección general cambió frecuentemente.* La presidencia de la Junta Ejecutiva de Planificación Familiar cambió cinco veces en los primeros cuatro años del programa, y ocurrieron rotaciones similares en muchos comités de gobierno. Se careció de continuidad y la dirección del programa fue incierta.
- *Los líderes del programa carecían de conocimiento y experiencia en organización y dirección de actividades de planificación familiar.* No existía ningún modelo que pudiera copiarse con facilidad y no siempre fueron bienvenidos los esfuerzos de algunos donantes extranjeros de ofrecer asesoría y asistencia técnica. Al empezar enseguida con un programa en toda la nación, la Junta de Planificación Familiar se negó a sí misma la oportunidad de iniciar en pequeño, con base en la prueba y error y desarrollar una estructura apropiada localmente que pudiera demostrarse que funcionaba. Una vez lanzado en todo el país, el programa fue difícil de modificar o reducir su escala.
- *La división de trabajos y responsabilidades entre el Ministerio de Salud y la Junta de Planificación Familiar causó confusión.* La mayor parte del personal eran empleados de tiempo completo en el Ministerio y de tiempo parcial en la Junta de Planificación Familiar, pero no estaba claro qué entidad era responsable realmente por ellos y sus actividades.
- *El personal no fue capacitado adecuadamente.* Los médicos del Ministerio de Salud y otros contratados para trabajar en planificación familiar recibieron poca o ninguna capacitación y los miembros de las agencias locales para la implementación, quienes se suponía ejercerían una función importante de gran alcance, no recibieron capacitación alguna.
- *La oferta de anticonceptivos fue inadecuada.* Sólo hubo disponibilidad general de un método de anticoncepción, la píldora, y su suministro provino de varias fuentes en forma no confiable. Hubo demanda de DIU, pero sólo una fracción de los hospitales oficiales tenía personal suficientemente entrenado y los suministros necesarios para satisfacer la demanda.
- *La calidad de los servicios fue deficiente con mucha frecuencia.* Cuando hubo disponibilidad de DIU en las clínicas, se insertaron sin ninguna asesoría ni seguimiento de las usuarias y los trabajadores no estuvieron equipados para tratar los problemas y percepciones erróneas de las usuarias. Las usuarias que recibieron píldoras anticonceptivas tampoco fueron instruidas adecuadamente y los proveedores del servicio no se preocuparon sobre el cambio de las usuarias de una marca a otra, lo que podía ocasionar complicaciones y efectos colaterales que los miembros del personal no estaban preparados para tratar.
- *El compromiso de la dirección con el programa fue variable.* Aun cuando el presidente había respaldado el programa en 1965, cambió de opinión y pocas veces

lo mencionó después de estar en marcha. Los dirigentes políticos y administrativos de niveles medios e inferiores no dieron indicación de estar a favor de la política o el programa y las usuarias y los trabajadores de campo lo sabían. La oposición a la filosofía general de la planificación familiar siguió expresándose a viva voz y en forma recurrente en los medios y en algunos grupos religiosos y políticos conservadores.

- *El programa careció de componentes de información concertada, educación y comunicaciones y, para todos los efectos prácticos, se mantuvo “oculto”.* Dado que el gobierno publicitó y promovió sus otros objetivos y programas de desarrollo, esta carencia sugirió a muchos que la política de planificación familiar no se tomaba en serio.

La inadecuada financiación de las actividades de campo fue en gran parte un fracaso de la administración, pues los donantes internacionales estaban dispuestos a contribuir al programa si se les solicitaba. Tras una visita de un equipo de evaluación de las Naciones Unidas en 1969, el recién creado United Nations Fund for Population Activities empezó a ofrecer suministros de anticonceptivos y asistencia técnica. En 1971, el Fondo y el gobierno firmaron un acuerdo de cinco años por US\$6,4 millones, que duplicaba el presupuesto de la Junta de Planificación Familiar, y también aportaron el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización Mundial de la Salud, la Fundación Ford y otros grupos internacionales. Sin embargo, la ayuda no se utilizó eficazmente y con mucha frecuencia no se utilizaron los fondos debido a retrasos administrativos.

Algunas cuentas del programa son todavía más negativas. Por ejemplo, Potts (Malcolm Potts, comunicación privada a Warren C. Robinson, diciembre 10 de 2002) escribió:

Estuve en un equipo del Banco Mundial... y quedé aterrado con el intento de aportar más dinero a los centros de salud del gobierno. Los que vi, contaban con personal inadecuado o estaban físicamente encerrados. Una persona pobre podía acudir con un hueso roto, pero no existía confianza en el sistema oficial y muy pocas personas acudirían a tal lugar para medicina preventiva. Yo había observado los resultados de la primera fase y pude ver que se trataba de un esfuerzo burocrático descendente sin ningún significado para la población general. No puede denominarse, por más que se intente con la imaginación, un esfuerzo del lado de la oferta.

Estrategias conflictivas para el control de la población

La ambivalencia constante en los niveles altos del gobierno también fue responsable del fracaso del primer programa. Los estrategas egipcios del desarrollo nunca consideraron la planificación familiar como una prioridad principal. El presidente Nasser y los dirigentes políticos y administrativos del país en realidad nunca creyeron que funcionaría la planificación familiar y los documentos del plan quinquenal de desarrollo económico del gobierno reflejaban este escepticismo (y todavía es así). Mientras en los planes económicos quinquenales formales se aceptaba que el crecimiento de la población era un problema, el objetivo de reducir la fecundidad típicamente se sumergió en los planes de desarrollo oficiales y los documentos de estrategias como una de las cuatro líneas de acción con las que tratar el problema de cantidades excesivas, siendo las otras tres la reasignación de gente en comunidades nuevas, la reorganización de las aldeas existentes y el aumento de destrezas y productividad de la fuerza laboral. Ninguno de los documentos de los planes del gobierno transmitía ningún sentido de urgencia sobre la alta fecundidad del país, y esta falta de urgencia fue muy clara rápidamente para los funcionarios oficiales de niveles intermedios e inferiores encargados de poner en práctica la nueva política de control de la población.

Los planeadores de la economía hicieron énfasis en aumentar la base de recursos y no en reducir la población. Las autoridades habían emprendido proyectos de reclamación de tierras y la cantidad de tierra cultivada y/o no habitada había aumentado en un 25% desde 1952. Las políticas económicas del gobierno habían hecho esfuerzos laboriosos para reclamar tierras desiertas con el fin de construir nuevos asentamientos en áreas previamente estériles y se habían creado muchas poblaciones nuevas en la región del delta del Nilo. Sin embargo, en las demás partes la tierra cultivable y habitable se había perdido por la intrusión implacable del desierto. En un documento reciente sobre políticas se comenta: “se introdujo un segundo objetivo de la política de población, la distribución espacial más balanceada, a mediados de los años setenta. Sin embargo, sobre este objetivo aún no existe ningún éxito digno de mención” (Ibrahim e Ibrahim, 1996, p. 31).

Los esfuerzos deliberados en las políticas para reducir la tasa de crecimiento en las grandes áreas urbanas redirigiendo el aumento hacia las nuevas poblaciones o áreas rurales, habrían sido probablemente más exitosos en Egipto que en cualquier otro país en desarrollo y aún es así. El plan económico más reciente incluye un nuevo esfuerzo masivo de reclamación en el Nilo Alto y el Proyecto Toshika o del Valle Nuevo, pero la política no ha causado un impacto importante en la aglomeración en las áreas existentes. En El Cairo, la densidad de población es superior a 25.000 habitantes por kilómetro cuadrado y en algunos barrios de El Cairo y Alejandría es superior a los

100.000, en comparación con la densidad de población nacional de 50 habitantes por kilómetro cuadrado.

La segunda fase del programa de planificación familiar

Algunos críticos consideraron que el primer programa de planificación familiar era demasiado simplista. Argumentaban que la fecundidad humana, después de todo, se halla incrustada en el entorno sociocultural. Este punto de vista mantenía que en las sociedades tradicionales rurales y agrícolas tales como Egipto predominaba la profundamente arraigada resistencia cultural y psicológica a la planificación familiar y reclamaba que no podía inducirse a la gente a adoptar la planificación familiar a menos que se modificara la cultura subyacente y, hasta que esto hubiera cambiado, nada podría lograrse distribuyendo productos de planificación familiar. De modo que, para que tuviera éxito, el esfuerzo de la planificación familiar tendría que ser sólo una parte de un esfuerzo mayor de reestructurar la vida aldeana de Egipto. Este punto de vista era sostenido ampliamente y parecía ser tanto intuitivo como sensible. Así, lo que se necesitaba era una estrategia nueva de programas basada en esta premisa y el resultado se conoció como el enfoque del Programa de Población y Desarrollo.

De manera que, para 1970, el programa había pasado a una fase totalmente nueva, motivada por la nueva filosofía de las políticas: el Programa de Población y Desarrollo. Con el nuevo enfoque no se hizo ningún esfuerzo para atender las deficiencias existentes, específicas del sistema de suministros, señaladas por Gadalla y los demás críticos. Representó un enfoque completamente distinto, no una reforma del existente. También se adoptó un método de persuasión sutil y de bajo perfil con respecto a la información, educación y comunicación, con el fin de evitar ofender a grupos e individuos opuestos a la planificación familiar. La clave consistió en contratar un nuevo grupo de trabajadoras aldeanas, jóvenes, mujeres, con propósitos múltiples, trabajadoras rurales de campo, una por aldea, que laboraban bajo la supervisión de un consejo aldeano local. Se les encargó de dedicarse a la tarea de motivar la planificación familiar y de varias otras actividades de desarrollo y mejoramiento de comunidad.

El enfoque del Programa de Población y Desarrollo demostró ser otro inicio en falso. Tras 10 años de esfuerzo y amplia financiación, las evaluaciones objetivas mostraron claramente que el predominio de uso de anticonceptivos no aumentaba y la fecundidad no disminuía. El éxito del nuevo enfoque no había sido mayor que el del anterior y, de hecho, parece haber ocurrido una modesta disminución en el uso real y en el impacto.

A mediados de la década de 1980, la situación parecía ser la de que, después de casi 20 años de haberse emprendido políticas y programas oficiales encaminados a reducir la fecundidad, poco se había logrado. Teniendo en cuenta la mayoría de los

estándares, los esfuerzos del gobierno habían sido tanto persistentes como pragmáticos. Al no funcionar un enfoque, se había intentado otro, pero ninguno consiguió funcionar. La experiencia pareció probar lo que muchas personas habían dicho todo el tiempo: la planificación familiar sencillamente no era islámica ni egipcia y no se impondría en esta parte del mundo (Warwick, 1982).

Cambios en la infraestructura socioeconómica

Al lado de sus intentos sobre el control de la fecundidad, el gobierno hacía esfuerzos ingentes para lograr el desarrollo económico y social general y los programas posteriores demostraron tener más éxito. Los programas de salud redujeron la mortalidad muy notoriamente; se elevó el nivel educativo, inclusive el femenino y la infraestructura en vivienda, transporte y comunicaciones mejoró drásticamente.

Los cambios en la infraestructura económica y los servicios sociales beneficiaron el control de la población casi con toda certeza. Las transformaciones estructurales logradas y la mayor inversión en la base del capital humano mediante la educación y la salud indudablemente influyeron en la capacidad del sector público de prestar servicios de planificación familiar, y la conciencia y aceptación pública del uso de dichos servicios, y quizás también cambió los valores y aspiraciones de la gente (Cleland y Wilson, 1987; Moreland, 2005). Aunque los desarrollos sociales facilitaron y mejoraron la propagación del conocimiento y la práctica de los anticonceptivos, fue con un retraso considerable.

Cambios básicos en el programa en los años ochenta

Entre mediados y finales de la década de 1980, cuando muchos habían criticado duramente el programa egipcio, éste dio la vuelta. El predominio de uso de anticonceptivos aumentó y la fecundidad cayó en forma pronunciada entre 1985 y 1988, indicando una tendencia que continuó hasta 2000 y más allá (Makhlouf, 2003; Moreland, 2005). La historia de este período sugiere que ocurrió una serie de mejoras y desarrollos –se tratan en los párrafos siguientes– que en conjunto tuvieron un efecto acumulativo importante en la cobertura del programa y su efectividad, y en el suministro de servicios de anticoncepción.

Mejorando la organización y liderazgo del programa

En 1985, tuvo lugar un cambio organizativo importante con un decreto presidencial mediante el que se creó el National Population Council (NPC, Consejo Nacional de

Población) para reemplazar al Consejo Supremo de Planificación Familiar. La membresía continuó casi igual, con excepción del nombramiento de un nuevo secretario general, el doctor Maher Mahran, quien también era el director de la Junta Ejecutiva de Planificación Familiar. Mahran era obstetra y ginecólogo por entrenamiento y también con antecedentes de profesor universitario, y se convirtió rápidamente en una figura familiar y controvertida en los medios. Hablaba públicamente frecuente y fuertemente, y la prensa lo criticó extensamente y aun hacía burla de él. Con su liderazgo, aumentó mucho la visibilidad del programa y fue imposible ignorar la planificación familiar (Rakia, 1994).

El NPC tuvo el beneficio del apoyo del presidente Hosni Mubarak, quien se interesó personalmente en la suerte del programa y, desde 1982 en adelante, habló a menudo y con fuerza a favor de la planificación familiar. El NPC se convirtió en la agencia líder de todas las actividades de planificación familiar de los donantes y, en particular, la Usaid realizó muchas inversiones en el NPC. Se desarrolló el Usaid's Institutional Development Subproject (Subproyecto de Desarrollo Institucional) dentro del NPC para capacitar y actualizar su personal, contribuir a la creación de una oficina de planeación y coordinación en cada una de las 21 gobernaciones y ayudar a desarrollar una gestión efectiva y una capacidad de investigación en el NPC.

Éste recibió apoyo para la primera encuesta demográfica y de salud de Egipto realizada en 1988 y para la segunda en 1992. El NPC emprendió proyectos de investigación con la Central Agency for General Mobilization and Statistics para asegurar la publicación oportuna y completa del censo de población de 1986 y trabajó con El Cairo Demographic Center (Centro Demográfico de El Cairo) en relación con la realización y análisis de otras encuestas, las cuales incluyeron contratos con grupos de asistencia técnica internacional pagados por la Usaid, pero utilizando agencias egipcias y personal local.

Inclusión del sector privado en el esfuerzo de suministros

En 1979, la cuasi privada Egyptian Family Planning Association lanzó el Urban Community Distribution Program (Programa de Distribución a la Comunidad Urbana), programa que fue oficialmente constituido en 1980 por el Ministerio de Asuntos Sociales. Iniciado en El Cairo y extendiéndose luego a Alejandría y otras ciudades del delta del Nilo, este programa se dirigió a atraer proveedores de servicios médicos del sector privado al negocio de suministro de productos y prestación de servicios de planificación familiar. En 1981 se expandió el programa con fondos de la Usaid y se cambió su nombre al de Family of the Future (Familia del Futuro), un esquema de mercadeo social para la distribución de anticonceptivos. Familia del Futuro era

una ONG, pero el gobierno la controlaba en forma indirecta a través de los nombramientos de los miembros de su junta. Obtuvo productos anticonceptivos gratis de la Usaid y los puso a disponibilidad del sector privado y ONG proveedoras de servicios a precios menores que los usuales del mercado del sector privado. Familia del Futuro se convirtió con rapidez en la fuente principal de píldoras anticonceptivas para las droguerías comerciales y de DIU para los médicos privados. Su enfoque inicial estuvo en las áreas urbanas, en las que trabajó estrechamente con la red existente de instalaciones clínicas privadas de ONG, pero pronto estableció un mecanismo de distribución también en áreas rurales y sus redes de suministro cubrieron la mayor parte del país. Los productos anticonceptivos, en particular las píldoras, se hicieron disponibles en las áreas rurales más remotas en las que nunca habían estado disponibles.

Lanzamiento de programas de medios masivos con enfoques específicos

Las actividades de los medios masivos datan desde 1978 con la creación de un centro de comunicaciones de planificación familiar dentro del Servicio de Información del Estado del gobierno con el apoyo del United Nations Fund for Population Activities. (En Egipto hay dos canales nacionales de televisión y varios regionales, y también varias estaciones de radio funcionando en distintas áreas de mercado, pero todas controladas por el Servicio de Información del Estado). Los mensajes de radio y televisión a finales de los años setenta y principios de los ochenta eran generalmente educativos, destacando el tema del excesivo crecimiento de la población como un problema nacional, pero hicieron poco esfuerzo para relacionar este problema nacional con los intereses sociales y económicos cotidianos de los radioescuchas y televidentes. Los mensajes también carecían de especificidad en cuanto a los métodos anticonceptivos, los beneficios de su uso, las fuentes de suministro y sus posibles problemas (Bogue, 1983).

El gobierno lanzó una nueva campaña de mayor visibilidad a mediados de los años ochenta, actuando con base en una evaluación de una encuesta sobre el impacto del programa de comunicación que indicaba que se requería un enfoque más específico sobre los métodos y las fuentes de suministro. La campaña fue de multimedia y en ella se emplearon afiches, folletos y servicios activos de asistencia a la comunidad de trabajadores de campo, pero se hizo énfasis en el uso de medios masivos electrónicos, en especial de la televisión. La segunda encuesta demográfica y de salud reveló que se había generalizado la posesión de televisores y en 1992 más del 90% de los hogares urbanos y del 70% de los rurales lo tenían. La posesión de televisores era aún mayor que la de radorreceptores en todo el país y los estudios indicaron que la mayoría de las mujeres contaban con la televisión como su fuente principal de nueva información.

El nuevo programa del Servicio de Información del Estado empezó con una campaña para que las personas percibieran la planificación familiar en general; pasó después a una discusión sobre cómo el tener muchos hijos complicaba los esfuerzos de alimentar, vestir y educar a la familia; y más tarde pasó a discusiones francas de técnicas anticonceptivas específicas. También se emplearon notas breves de radio, dramas y mensajes insertados en otros programas, y de 1995 a 1997 siguieron discusiones abiertas sobre técnicas anticonceptivas y sus posibles efectos colaterales. Se hizo énfasis en el cambio en el comportamiento en lugar de solo el suministro de información (Robinson y Lewis, 2003).

Expansión de las alternativas

El método individual más popular de anticoncepción pasó a ser rápidamente el DIU, pero ponerlo a disposición general implicó una pugna considerable con la profesión médica egipcia. Hasta mediados de los años ochenta, la Asociación Médica Egipcia había determinado que sólo obstetras y ginecólogos completamente capacitados trabajando en hospitales o clínicas mayores podían insertar los DIU, lo que descartaba a la mayoría de los médicos. Fue necesaria una fuerte presión del gobierno para cambiar esta regla arcaica y poner a disposición general los DIU. El Programa de Población y Desarrollo había sido un programa de anticoncepción oral, al punto de que era un programa completamente orientado al servicio, pero las mujeres egipcias parecían preferir un método de mayor duración y la demanda por los DIU aumentó en forma pronunciada después de haberse puesto a disposición general. El DIU mejorado, cobre-T 380A, que tenía menos efectos colaterales que los tipos anteriores y podía mantenerse en el sitio casi indefinidamente, se introdujo a mitad de la década de 1980 y se hizo muy popular rápidamente. Fue necesario un considerable reentrenamiento de personal, pero se efectuó. El nuevo DIU se puso a disposición de los médicos del sector privado mediante el programa de mercadeo social y fue una parte significativa de las inserciones totales.

Mejoras en la calidad del servicio

En 1987, la Usaid financió el Clinical Services Improvement Project (Proyecto de Mejoramiento de Servicios Clínicos) que incluyó la actualización de un grupo de clínicas de la Asociación Egipcia de Planificación Familiar, el establecimiento de nuevas y la expansión de la capacitación en el servicio para proveedores del servicio en éstas y otras instalaciones. El proyecto se planeó en último término para extenderse hasta unas 112 clínicas en todas las áreas urbanas de 20 gobernaciones inclusive algunas,

por primera vez, en el relativamente remoto Egipto Alto. Estos servicios de entrenamiento se prestaron a clínicas locales mediante pago de tarifas utilizando el Proyecto los ingresos para mejorarse y expandirse. Las clínicas del Proyecto se convirtieron en modelos de esfuerzos de mejoramiento de la calidad en todo el sistema y convencieron al Ministerio de Salud para tener más interés en su propia calidad clínica, siendo resultado de eso la creación del Gold Star Clinic Program (Programa de Clínicas Estrella Dorada). Con este programa, el Ministerio desarrolló una lista de chequeo de puntos para medir y calificar la calidad del servicio. Se evaluó entonces a las clínicas utilizando esta lista y a las que pasaban la evaluación se les otorgaba incentivos en dinero y una estrella dorada para mostrarla.

Los subproyectos de la Usaid financiaron muchas iniciativas nuevas que también ofrecieron capacitación y suministros a numerosos grupos y entidades del sector privado para introducirlos en la prestación de servicios de planificación familiar y para mejorar su calidad. Entre ellas estuvieron el Private Practitioners Family Planning Project (Proyecto de Planificación Familiar de Practicantes Privados) con la Egyptian Junior Medical Doctors Association (Asociación Egipcia de Médicos Jóvenes) para entrenar a médicos jóvenes y sus asistentes en planificación familiar, el Comprehensive Family Care Project (Proyecto Integral de Asistencia Familiar) con la Coptic Association for Social Care (Asociación Copta de Servicio Social) para establecer y mantener clínicas y actividades de asistencia a la comunidad, el Rural Community-Based Family Planning Project (Proyecto Rural de Planificación Familiar con Base en la Comunidad) con la Coptic Evangelical Organization for Social Services (Organización Evangélica Copta para Servicios Sociales) para trabajo comunitario en 50 aldeas, el Governors' Council for Women for the Development and Family Planning Training Project (Proyecto del Consejo de Gobernadores para la Mujer para el Desarrollo y la Capacitación en Planificación Familiar) con el Institute for Training and Research in Family Planning (Instituto de Capacitación e Investigación en Planificación Familiar) para enseñar destrezas de liderazgo y conocimiento de planificación familiar a mujeres dirigentes de todo Egipto, el Training Professionals in Family Life Education and Counseling Project (Proyecto de Capacitación de Profesionales en Educación para la Vida Familiar y Consejería) para capacitar a consejeros de planificación familiar en su trabajo con la Asociación Egipcia de Planificación Familiar en 12 gobernaciones y tres proyectos pequeños de demostración sobre planificación familiar implementados por Family Planning International (Planificación Familiar Internacional). También es importante el flujo de fondos de donantes durante este período, pues la mayoría de las tácticas nuevas o mejoradas estuvieron vinculadas a proyectos específicos financiados por donantes. Los resultados se hicieron claramen-

te visibles en el crecimiento de las tasas de prevalencia de uso de anticonceptivos (Mahran, 1995; Mahran, El-Zanaty y Way, 1995; Robinson y El-Zanaty, 2006).

Enseñanzas

- Cabe sacar las siguientes conclusiones de la experiencia de Egipto:
- El rápido crecimiento económico en el ingreso y consumo familiar no constituyen prerrequisitos para la reducción en la fecundidad, pero las mejoras en la infraestructura básica social y económica son elementos importantes que conducen a una visión general menos tradicional y al aumento de la familia pequeña como norma.
- Los programas que se enfocan a las aldeas o los orientados al género no parecen ser importantes para cambiar las actitudes y la aceptación de los anticonceptivos.
- Los programas deben ser visibles y dar la bienvenida al debate y la discusión, pues esta es la mejor forma de obtener la legitimidad general con el público.
- El apoyo público de los dirigentes políticos principales es útil para motivar a los trabajadores del programa, tanto como a las usuarias.
- Los programas deben financiarse lo suficiente para permitir un enfoque de prueba y error en su implementación.
- La investigación orientada a programas operacionales tiene un papel de la mayor importancia en la identificación de problemas y su solución.
- El sector privado debe responsabilizarse de una mayor participación en la prestación del servicio.
- La calidad de los servicios, incluido un amplio rango de elecciones en relación con los métodos anticonceptivos, es de mayor importancia que el número de personal o de clínicas.
- Los programas funcionan mejor cuando son voluntarios y no coercitivos.

En un sentido, el apoyo sin entusiasmo de burócratas del gobierno de nivel intermedio pudo constituir algo bueno. Egipto evitó el error de fijar objetivos demasiado ambiciosos, nunca presionó en demasía a las usuarias y al personal y así nunca corrió el riesgo de un retroceso gravemente negativo. Los programas de choque que trataron la alta fecundidad como una epidemia que requería medidas de emergencia han demostrado ser un desastre en otros países y Egipto evitó esta trampa aun cuando se enfrentó a un fracaso aparente.

Observaciones finales sobre la historia del programa

El programa egipcio nunca fue un fracaso completo. El predominio de uso de anticonceptivos ha aumentado y la fecundidad ha venido decayendo lenta pero consistentemente desde más o menos 1960. En ese año, la tasa estimada de prevalencia de uso de anticonceptivos para el total de Egipto era alrededor del 5% de las mujeres casadas. La iniciación del programa de planificación familiar en 1965 causó un impacto modesto y el uso de anticonceptivos aumentó aproximadamente a un 10% de las mujeres casadas en 1970. A partir de 1975, está disponible una serie de encuestas nacionales sobre anticonceptivos y fecundidad y éstas ofrecen estimados para algunos años algo distintos de los informados en las estadísticas oficiales, si bien apoyan la tendencia general. La primera encuesta nacional de prevalencia en 1975 informó un uso del 26%. La prevalencia se niveló –y aun cayó ligeramente– durante el período del Programa de Población y Desarrollo, al 24% para 1980. Hacia mediados de los años ochenta, la tasa subía nuevamente y llegó a 37,8% en la primera encuesta demográfica y de salud (1988) y a 47,1% en la segunda (1992). Así, la prevalencia sólo dejó de subir por un período breve durante la historia de 30 años del programa (Moreland, 2005). Al paso del tiempo, la investigación enfocada a las políticas identificó debilidades y los administradores del programa hicieron mejoras graduales. La gente parece haber esperado resultados demasiado pronto del programa y haberlo abandonado apenas cuando sus esfuerzos acumulados empezaban a dar frutos.

Referencias

- Ammar, Abbas M. 1942. *A Demographic Study of an Egyptian Province: Sahrqiya*. Londres: Percy Lund and Humphrey.
- Bogue, Donald J. 1983. *How to Evaluate a Communications Campaign for Family Planning: A Demonstration Based on Data from the SIS Program in Egypt, 1980–82*. Research Report 6, Carolina Population Center. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Cleland, John y Chris Wilson. 1987. “Demand Theories of Fertility: An Iconoclastic View.” *Population Studies* 41 (2): 237–59.
- Cleland, Wendell. 1936. *The Population Problem in Egypt*. Lancaster, PA: Science Press.
- . 1937. “Egypt’s Population Problem.” *L’Egypte Contemporaine* 28: 67–87.
- . 1939. “A Population Plan for Egypt.” *L’Egypte Contemporaine* 30: 461–84.
- Croley, H. T. 1969. *The United Arab Republic*. Country Profiles Series. Nueva York: Population Council.

- Farag, M. 1970. "The Origin and Development of Family Planning in the U.A.R." En *Report of Cairo Demographic Center Annual Meeting*, 1969, 55–87. El Cairo: Cairo Demographic Center.
- Gadalla, S. 1968. "Population Problems and Family Planning in Egypt." Documento presentado en la Eighth International Conference of Anthropological and Ethnographic Sciences, septiembre, Tokyo. Publicado también como reimpreso 14 por la American University en El Cairo.
- Goldschmidt, Arthur E. 1990. *Modern Egypt*. El Cairo: American University in Cairo Press.
- Houston, Perdita, ed. 1991. *The Right to Choose: Pioneers in Women's Health and Family Planning*. Londres: Earthscan Publications.
- Husein, Hassan M. 1977. "United Arab Republic." En *Family Planning in the Developing Worlds: A Review of Programs*, ed. W. B. Watson, 143–50. Nueva York: Population Council.
- Ibrahim, Barbara y Saad Eddin Ibrahim. 1996. "Egypt's Population Policy: The Long March of State and Civil Society." En *Do Population Policies Matter?*, ed. Anrudh K. Jain, 19–52. Nueva York: Population Council.
- Ibrahim, Saad Eddin. 1995. "State, Women and Civil Society: An Evaluation of Egypt's Population Policy." En *Family, Gender, and Population in the Middle East: Policies in Context*, ed. Carla Makhoul Obermeyer, 57–89. El Cairo: American University in Cairo Press.
- Kirk, Dudley. 1996. "Demographic Transition Theory." *Population Studies* 50 (3): 361–88.
- Kiser, Clyde V. 1942. "The Demographic Position of Egypt." En *Demographic Studies of Selected Areas of Rapid Growth*, ed. Clyde V. Kiser, 99–122. Nueva York: Milbank Memorial Fund.
- Mahran, Maher. 1995. "The National Population Council's Huge Achievement for the Last Ten Years" (en árabe). *Al Wafd*, January 23.
- Mahran, Maher, Fatma H. El-Zanaty y Ann Way, eds. 1995. *Perspectives on Fertility and Family Planning in Egypt*. Calverton, MD, y El Cairo: National Population Council y Macro International.
- Makhoul, Hesham H., ed. 2003. *Population of Egypt in the Twentieth Century*. El Cairo: Cairo Demographic Center.
- Moreland, Scott. 2005. *Egypt's Demographic Transition: Assessing 25 Years of Family Planning*. Washington, DC: Futures Group International.
- Naguib, Mohammed. 1955. *Egypt's Destiny*. Londres: Victor Gollancz.
- Omran, A. R. ed. 1973. *Egypt: Population Prospects and Problems*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.

- Rakia, Nina. 1994. "We Will Solve the Problem: An Interview with Prof. Maher Mahran of Egypt." *Integration* (41): 4-7.
- Rizk, Hanna. 1955. "Population Policies in Egypt." En *Fifth International Conference of Planned Parenthood, Tokyo, Japan, October 1955*, ed. G. Pincus. Londres: International Planned Parenthood Federation.
- Robinson, Warren C. y Fatma H. El-Zanaty. 2006. *The Demographic Revolution in Modern Egypt*. Lanham, MD: Lexington Books.
- Robinson, Warren C. y Gary Lewis. 2003. "Cost-Effectiveness Analysis of Behaviour Change Interventions: A Proposed New Approach and an Application to Egypt." *Journal of Biosocial Science* 35 (3): 95-110.
- Shanawamy, H. 1973. "Stages in the Development of a Population Control Policy." En *Egypt: Population Problems and Prospects*, ed. A. R. Omran, 189-219. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Warwick, Donald P. 1982. *Bitter Pills*. New York: Cambridge University Press.

3

Planificación familiar en Irán, 1960-79

*Richard Moore**

A principios y mediados de la década de 1960, Irán se encontraba en la primera ola de países en desarrollo que iniciaron programas nacionales de población y planificación familiar. Al hacerlo, fue pionero en una empresa histórica y enormemente compleja para la cual había disponible relativamente poca experiencia, pocas enseñanzas y herramientas y métodos con los cuales contar.

La mayoría de los países en desarrollo consideraba la planificación familiar como una iniciativa sensible, cultural y políticamente, en especial los países islámicos tradicionales. De 1967 a 1979, con grandes esfuerzos y la provisión de recursos adecuados, la ayuda internacional y el apoyo político fuerte, el programa de Irán se desarrolló y aprendió con rapidez, y tuvo muchos atributos y logros promisorios. Ese período es el foco del presente capítulo y se conoce como la primera etapa del programa. Sin embargo, cuando la Revolución Islámica sacudió a Irán a principios de 1979, se hizo rápidamente evidente que el programa de planificación familiar del Sha y sus iniciativas de modernización social tenían pocos seguidores en los grupos religiosos y también en muchos grupos laicos. Además, en ese tiempo los dirigentes de la Revolución Islámica eran esencialmente pronatalistas. Este período, de 1979 a 1988, se conoce como la segunda etapa del programa. Sin embargo, en un cambio radical de actitud, estos mismos dirigentes regresaron a su antigua posición y produjeron notables logros continuos en la planificación familiar. Este período, de 1988 hasta el presente, se conoce como la tercera etapa del programa. Para una cronología de los principales eventos cubiertos en este capítulo, véase el recuadro 3.1.

* El autor desea reconocer su deuda con John Friesen, Bob Gillespie, Joel Montague y Steve Solter –todos “viejos expertos iraníes”– por sus numerosos y útiles comentarios, y por sus sabios consejos durante la preparación del presente capítulo. Agradecimientos también a Sandy Lieberman por sus ideas creativas sobre el contenido. El apoyo editorial de Warren Robinson fue de especial utilidad y lo aprecio mucho.

Entorno

Irán es un país grande y geográficamente heterogéneo, con montañas altas, vastos desiertos, tierras bajas tropicales y llanuras cálidas y áridas. Históricamente ha sido un país agrícola y rural, con baja densidad de población, que sólo intermitentemente ha estado ligado a una entidad nacional discreta. Los esfuerzos de modernización de finales de la década de 1960 y primeros años de la de 1970 incluyeron la dramática puesta al día en las comunicaciones masivas, el acceso a la educación y los transportes.

El primer censo nacional del país en 1956 dio cuenta de una población total de 19,0 millones de habitantes, subiendo de un estimado de 15,9 millones 10 años antes. Para 1966, la población había crecido a 25,8 millones y para 1976 a 33,7 millones. Los diferenciales de fecundidad urbano-rural fueron dramáticos: en 1966, la tasa de fecundidad total en las áreas urbanas fue de 7,0 nacimientos por mujer y en las rurales de 8,2 nacimientos por mujer, y esta diferencia sería persistente (Bulatao y Richardson, 1994).

Los cambios en la distribución de la población fueron igualmente dramáticos. Por ejemplo, en 1956, 32% de la población era urbana, pero para 1966 había crecido a 38% y para 1976 a 47%, casi la mitad de la población total (Bulatao y Richardson, 1994). La población de Teherán aumentó en un asombroso 80% entre 1956 y 1966 (Moore, Asayesh y Montague, 1974). En las áreas rurales, el 60% de las mujeres en edad reproductiva vivía en las 65.500 aldeas del país, y otro 12% en pueblos de menos de 50.000 habitantes. Además, en el 40% de las aldeas iraníes la población era de 250 habitantes o menos (Banco Mundial, 1973). Crear servicios con suficiente rapidez para mantenerse al rápido ritmo creciente de la población y a la vez crear acceso a los servicios de todas clases para la mayoría de los ciudadanos rurales ampliamente dispersos presentaba claramente un problema intimidante.

La división urbano-rural es importante también ya que estuvo muy correlacionada con muchos otros factores, como diferencias importantes en creencias, alfabetización y riqueza, también los vínculos entre estos factores y el sistema económico moderno, el acceso a la información y su uso, el acceso a la salud y otros servicios sociales, la condición de riqueza y la fertilidad, la condición de la mujer y la apertura a las influencias y el pensamiento contemporáneos. Aun cuando los beneficios de la modernización y los servicios públicos empezaron a propagarse a las regiones rurales a mediados de los años sesenta, se amplió la brecha en actitudes y estilos de vida entre la clase media urbana y la mayoría rural. Por ejemplo, en 1966, los niveles de alfabetización eran de 51% en las regiones urbanas, pero sólo de 15% en las rurales.

En general, la condición de la mujer iraní ha sido tradicionalmente baja. Un indicador de esto es que en 1966, la alfabetización femenina era sólo del 18%, mientras la

Recuadro 3.1 *Cronología de la planificación familiar en Irán*

- 1961: Se eliminan las restricciones a la importación de anticonceptivos, iniciándose la actividad del sector comercial.
- 1962: El sha inicia la reforma social con la Revolución Blanca, incluida la creación del Cuerpo de Salud y otros “cuerpos revolucionarios”.
- 1966: Se publican los resultados del censo de 1966. Una misión del Population Council revisa las opciones del programa y emite recomendaciones.
- 1967: El sha firma la Declaración de Teherán como base de un programa nacional de población y planificación familiar.
Se crea la División de Planificación Familiar del Ministerio de Salud.
Se crea el Alto Consejo para la Coordinación de la Planificación Familiar.
Se inician y expanden con rapidez los servicios de planificación familiar.
- 1968: El Population Council asigna asesores residentes a la División de Planificación Familiar hasta 1975.
- 1969: Se asigna un asesor residente al programa de población (conocido más tarde como el asesor superior de población) en Teherán por parte del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. En 1973 es reemplazado por un coordinador del Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- 1970: El gobierno fija un objetivo de reducción de la fecundidad para reducir el aumento anual de la población a 1% en 20 años.
Se inicia el proyecto modelo de comunicaciones en la provincia de Isfahan, se expande en forma gradual su alcance y se replica en otras provincias.
- 1972: Un estudio de Westinghouse muestra que el sector privado fue responsable de la mitad de la anticoncepción total.
- 1973: En el Quinto Plan de Desarrollo Económico (1973-1978) se aumenta la financiación para el programa de planificación familiar a US\$100 millones para el período del plan.
Se inicia un proyecto del Banco Mundial, que se cancela luego en 1977.
- 1974: Un drástico aumento en los ingresos del petróleo empieza a transformar la sociedad.
- Mediados
década 70: El gobierno inicia una campaña nacional de comunicaciones masivas.
- Fines
década 70: Más de 2.000 clínicas del programa prestan servicios de planificación familiar.
- Principios
de 1979: El gobierno revolucionario derroca al sha y suspende las políticas y programas oficiales de población y planificación familiar.
- 1981-1988: Tiene lugar la guerra Irán-Irak.
- 1989: La República Islámica de Irán reanuda y expande drásticamente las políticas y programas de planificación familiar.

masculina era del 41% (Friesen y Moore, 1972). Otro indicador de la condición de la mujer era que sólo el 7,5% de las entradas en el *Quién es quién* en Irán eran mujeres, a pesar de los esfuerzos de la familia real desde 1935 de emparejar las entradas mediante una variedad de medidas.

El ingreso per cápita aumentó de US\$192 en 1962 a US\$420 en 1972 (Friesen y Moore, 1972). Entre 1972 y 1990, aumentó de US\$420 a más de US\$2.000. La causa de este gran salto en el ingreso fue el aumento de los precios del petróleo en 1974-75: los ingresos de Irán por el petróleo aumentaron de unos US\$2.600 millones en 1972 a unos US\$20.000 millones en 1974-75. Entre otros efectos, el auge de los precios del petróleo produjo una expansión rápida de la economía junto con varios cambios socioeconómicos importantes. El rápido crecimiento económico fomentó el desarrollo acelerado de la infraestructura y la industria, y dio paso a una tasa aún más rápida de inmigración urbana.

Mientras los líderes religiosos estaban dispuestos a estar de acuerdo con las políticas y programas antinatalistas del gobierno, se opusieron a la esterilización y cualquier forma de anticoncepción que produjera aborto, aun en el inicio de la concepción. Los anticonceptivos orales no se percibían como abortivos. La religión, los puntos de vista tradicionales y la influencia de los líderes religiosos tuvieron considerable peso en las regiones rurales y entre los elementos tradicionales de las urbanas, como los mercaderes de los bazares y los pobres. Estos puntos de vista tradicionales contrastaban con los valores y comportamiento de la clase media, mucho más secular y moderna en las ciudades y pueblos grandes. La gente sabía también que el sha utilizaba varios métodos coercitivos como intento importante para controlar el establecimiento religioso islámico para evitar el aumento de centros de poder competidores. Como parte de este intento, el sha nombró todos los líderes musulmanes importantes. En realidad, todos los iraníes sabían que el establecimiento religioso en todos los ámbitos estaba totalmente en contra de cualquier cambio que pudiese afectar la condición legal y personal de la mujer. Quienes se alinearon con el sha (incluida la clase alta y la gente educada de Teherán) veían a los clérigos como una vergüenza y un obstáculo conservador al progreso. Sin embargo, ignoraron, o no percibieron, los puntos de vista mantenidos con fuerza y arraigados en las clases de los vendedores de bazares y los pobres, tanto en regiones urbanas como rurales.

Debe acreditarse al sha que, desde los primeros años de la década de 1960, se había empeñado en imponer un programa general de reformas socioeconómicas y legales –parte de su llamada Revolución Blanca– con el que mejorarían los servicios sociales, las condiciones de vida y las de la mujer, y se crearía el fundamento de una infraestructura nacional y un Estado modernos. Infortunadamente, el cómo se realizaran esas reformas era al menos tan importante como su contenido y la palabra ope-

rativa es la de “imponer”. Mientras el sha y su hermana, la princesa Ashraf, influyente pero impopular, contaban con mucho apoyo para estos cambios, principalmente entre quienes se beneficiarían de esos en forma directa o quienes habían tenido la visión de cómo se beneficiaría el país, el *modus operandi* del sha fue ordenar que se hicieran las cosas y desalentar cualquier oposición. Dado que existían estas restricciones a su programa de planificación familiar y que la tasa bruta de natalidad era de 49 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes en 1966, y estaba todavía rondando los 40 en 1976, el hecho de que el Population Council colocara a Irán, hasta 1978, en el grupo de países que no tenían probabilidad de lograr una tasa bruta de 20 por cada 1.000 habitantes, era quizás apenas lógico. Esto situó a Irán al lado de países como Afganistán, Nepal, Nigeria y Sudán, a pesar de su compromiso, sus esfuerzos y sus grandes gastos en planificación familiar durante los 10 años anteriores (Berelson, 1978).

Factores motivadores, políticas habilitadoras y mecanismos de implementación

Cuando aumentaron la cantidad y la seriedad de las preocupaciones demográficas, el gobierno respondió. Sus respuestas tomaron la forma de políticas que crearían los objetivos y los recursos para lograrlos. Se creó así una organización formal de servicios de planificación familiar e información con el fin de implementar las políticas.

Preocupaciones

La Internacional Planned Parenthood Federation inició servicios de planificación familiar en Irán a principios del decenio de 1950, los cuales consistieron exclusivamente en asesorías hasta 1957, cuando la federación introdujo los anticonceptivos a través del sector comercial. Nótese, sin embargo, que hasta principios del decenio de 1960 el gobierno de Irán era moderadamente pronatalista.

La primera indicación de que Irán podría enfrentarse a un problema demográfico apareció en estudios basados en el censo de 1956, que mostró que el aumento de la población era rápido. Alarmado, el gobierno constituyó un comité de población. Sin embargo, el censo de 1966, que mostró que el crecimiento de la población superaba el 3% anual, impulsó al gobierno a la acción. La posibilidad de una población de más de 100 millones de habitantes –esto es, el doble de la población en sólo 23 años–, la necesidad de alcanzar un uso de anticonceptivos de dos veces la tasa que la ONU había proyectado y las implicaciones económicas y sociales de una población muy joven, y de un aumento dramático en la población urbana, ocasionaron un rápido cambio a

una política de reducción de la fecundidad y la iniciación de un programa nacional (Friesen y Moore, 1972).

En 1966, el gobierno invitó al Population Council a que hiciera recomendaciones sobre cómo podría tratar Irán este problema poblacional (Keeny y otros, 1967). En adición, el gobierno envió varios funcionarios del Ministerio de Salud a estudiar los programas de población de la República Árabe de Egipto y de Pakistán. Los funcionarios iraníes, y aun miembros de la familia real, fueron participantes activos en foros internacionales y regionales de las Naciones Unidas y otros foros dedicados a los temas de población y planificación familiar.

Las preocupaciones demográficas y económicas de Irán fueron reforzadas, sin duda, por la creciente alarma internacional sobre el crecimiento de la población en el mundo en desarrollo. Por ejemplo, las preocupaciones y acciones incluidas en el World Population Plan of Action (Plan de Acción sobre la Población Mundial) en la Conferencia de Bucarest de 1974 eran bien conocidas en Irán y su exposición a tales preocupaciones, políticas y planes difundidos internacionalmente continuaron creciendo durante las décadas de 1960 y 1970. El gobierno estudió cuidadosamente los desarrollos e influencias internacionales, los que causaron un impacto importante en las propias políticas y programas de Irán.

El ambiente en el país en el momento en que el gobierno lanzó el programa nacional de planificación familiar no era favorable a los esfuerzos para limitar la fecundidad. La mayoría de la población era analfabeta, conservadora, tradicional –en especial en las regiones rurales– y pronatalista, o al menos habría tenido dificultad en aprehender el concepto de superpoblación. Además, la mortalidad infantil todavía era alta y el país no contaba aún con un sistema de seguridad social, de modo que la mayoría de las parejas favorecía la fertilidad alta, pues veía a los hijos como fuente de apoyo social y económico. Además, muchas parejas, sin duda, tenían un fundamento racional religioso, o simplemente conservador y tradicional, hacia una fecundidad alta.

Políticas

La política oficial se anunció por vez primera en la Declaración de Teherán de 1967, que afirmaba que la planificación familiar era un derecho humano y buscaba promoverla para mejorar el bienestar social y económico de las familias y de la nación. En 1970, el gobierno emitió una política más agresiva y dirigida que presentaba el objetivo final del programa de población y planificación familiar, cual era el de reducir el aumento anual de la población a 1% en el término de 20 años.

Para implementar el programa, el gobierno pasó varios componentes de legislación y adoptó varias políticas, la más visible e importante de las cuales fue la de asig-

nar la responsabilidad, en 1967, del programa nacional de población y planificación familiar al Ministerio de Salud, bajo el control de un influyente subsecretario para la planificación familiar. En cuestión de meses, se sometió un plan específico para el programa de planificación con estimado presupuestal, por medio del Ministerio de Salud, a consideración del gobierno para su aprobación. Bajo este plan, la División de Población y Planificación Familiar del ministerio (en adelante, la División de Planificación Familiar) prestaría servicios y suministraría información en todas las instalaciones clínicas y de salud de nivel primario del ministerio, capacitaría médicos y miembros paramédicos del personal, apoyaría actividades de educación en salud y estimularía la investigación. Se pasaron leyes para revocar las restricciones a la esterilización y el aborto, incorporar los temas de población en los planes de educación secundaria y universitaria, y mejorar la condición de la mujer.

El objetivo general del plan de planificación familiar fue el de ayudar a las parejas a controlar el tamaño de su familia, esto es, alcanzar un equilibrio entre el número de hijos en una familia y sus circunstancias económicas. Más específicamente, el programa buscó cambiar el conocimiento, actitudes y prácticas de las parejas fértiles en relación con la anticoncepción. La intención fue conseguir esto primariamente por medio de mensajes informativos y motivadores y con el mayor acceso a, y uso de, medios modernos de anticoncepción.

A semejanza de muchos otros programas de planificación familiar en ese entonces, el programa iraní se enfocó primariamente a los servicios urbanos con base en clínicas, aunque utilizó algunas clínicas móviles en áreas rurales. De hecho, el programa de planificación familiar heredó esta infraestructura de servicios, pues estas clínicas y su personal asociado ya estaban bajo los auspicios del Ministerio de Salud y varias otras organizaciones y como esta estructura mayormente urbana ya estaba funcionando, sirvió para influir en la población que recibiría los servicios, o aun determinarla. Las clínicas ofrecieron servicios de anticoncepción e información en el contexto de sus servicios existentes de atención primaria. El alcance era limitado y, debido a los caprichos del transporte, el acceso físico a los servicios era muy variable (Moore, 1974). Con el tiempo, los auxiliares de salud, las parteras y los trabajadores de salud de las aldeas se responsabilizaron de entregar los suministros de anticonceptivos orales a las mujeres rurales y, a manera de prueba, se enseñó a algunas a insertar los dispositivos intrauterinos (DIU). El servicio preventivo de salud, incluida la planificación familiar, se prestó sin costo, salvo una pequeña cuota de inscripción a quienes pudieran pagarla.

El programa dependió casi totalmente de un solo tipo de anticonceptivo –la píldora– y al 90% de los receptores se le suministró este método. El programa hizo poco énfasis en los preservativos, DIU, esterilización o aborto. Los estrategias y demógrafos

no eran partidarios de la dependencia de un solo método, especialmente la píldora, porque la mayor demanda y necesidad de anticoncepción provenía de mujeres que habían tenido el número de hijos que deseaban y eran mayores de 31 años de edad. En este tiempo, en la vida de esas mujeres, con muchos años fértiles por delante, sólo tenían sentido los métodos de acción duradera. El fundamento tras el énfasis en la píldora refleja el estado de la tecnología de anticonceptivos en ese tiempo. Los DIU estaban siendo sometidos a pruebas de campo y el único esfuerzo a gran escala para introducir el asa de Lippes –una iniciativa de la Fundación Ford en India a mediados de los años sesenta– tuvo resultados mixtos. El programa iraní se centró en la píldora también por la ausencia casi total de médicas mujeres, de parteras capacitadas para la introducción del DIU y, en las áreas rurales, de la infraestructura clínica necesaria para manejar métodos clínicos más complejos. En adición, la oposición de los líderes religiosos impedía un esfuerzo serio para introducir la esterilización.

Un intento de aumentar el acceso a los servicios fue la asistencia del Population Council para implementar un programa de planificación familiar de posparto, que inicialmente pareció prometedor. Sin embargo, como la mayoría de los programas de posparto iniciados en varios países, éste nunca despegó realmente ni se replicó en ningún grado. Aunque las razones para esto no son claras, pueden haberse relacionado con el hecho de que la mayor parte de estos programas se juzgaban mayormente en términos de su impacto demográfico potencial y no como estrategia para suplir las necesidades de salud reproductiva de las mujeres. A pesar de la promoción del programa de métodos modernos, permaneció alta la prevalencia de los métodos tradicionales de anticoncepción.

En contraste con las opiniones actuales sobre el aborto, la disposición mental durante este período era tal que algunos observadores internacionales y funcionarios iraníes urgían al programa a que utilizara todos los medios posibles de limitación de la fecundidad, incluido el uso expandido del aborto (Moore Asayesh y Montague, 1974) y hasta finales de los años setenta el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa, por sus iniciales en inglés) estuvo ofreciendo a los gobiernos grandes cantidades de equipos de la llamada regulación menstrual (aborto). Sin embargo, en la práctica, el aborto nunca fue una opción oficial disponible generalmente en Irán, aunque fueron comunes los abortos por fuera del programa, con un promedio de alrededor de tres abortos por mujer (Bulatao y Richardson, 1994).

La excesiva dependencia de un solo método de anticoncepción restringió el crecimiento del programa, en especial dado su objetivo: el grupo de alta fecundidad. Al mismo tiempo, dada la naturaleza formativa del programa, la inexperiencia de los proveedores con la anticoncepción y la relativa facilidad de proporcionar píldoras y manejar este método, ésta no fue una decisión irracional. Es más difícil explicar por

qué los líderes del programa no hicieron un esfuerzo más temprano y mayor para promover y proveer preservativos y empezar a preparar el terreno para la eventual introducción de métodos de acción duradera y terminales, mientras al mismo tiempo promovían el espaciamiento de los hijos.

La población objetivo del programa de planificación familiar fue primariamente la de mujeres jóvenes urbanas que no habían terminado de tener su tamaño de familia preferido. La dependencia casi exclusiva de métodos de espaciamiento temporal para las mujeres significaba que, en la práctica, eran una población objetivo de mucho menos interés para recibir información y servicios que las mujeres mayores (que habían completado su tamaño familiar y estaban más motivadas a iniciar la anticoncepción), las mujeres rurales y los hombres. No parece haberse implementado política alguna en cuanto a la elegibilidad de parejas no casadas o jóvenes para servicios oficiales de anticoncepción. Es de suponer que tales clientes habrían tenido que comprar los anticonceptivos en el sector privado.

El programa del gobierno

Cualquier programa nacional de salud o de planificación familiar es, inevitablemente, una empresa de mucha complejidad. Deben crearse varios elementos organizativos y proveerse recursos humanos y de otras clases, coordinarse y manejarse para que tales programas apenas funcionen, para no decir que funcionen con efectividad.

Organización, administración y capacidad

La División de Planificación Familiar del Ministerio de Salud se organizó en cinco unidades mayores: la Oficina de Asuntos de Población, la Oficina-Corporación para Asuntos de la Salud Femenina, el Directorado de Asuntos Técnicos, que incluía motivación y comunicaciones, servicios clínicos y capacitación técnica; el Directorado de Investigación y Planeación, que incluía evaluación, y el Directorado de Salud y Nutrición Materno Infantil. Tres directores generales encabezaban los tres directorados.

La inclusión de la división de servicios de salud y nutrición materno-infantil (MCHN, por sus iniciales en inglés) y la Corporación de Salud Femenina tenía el propósito de ayudar a integrar los servicios de planificación familiar con servicios de MCHN, que eran más de tendencia predominante y aportar al programa una capacidad nacional de información y motivación de salud y planificación familiar sobre la que tuviera control. El autor no tiene conocimiento de estudios realizados para evaluar si el programa se benefició con el emparejamiento de los servicios de planificación familiar y de MCHN, más bien innovadores en ese tiempo.

La División de Planificación Familiar estuvo representada en el nivel provincial por un director de planificación familiar nombrado por el director general del departamento de salud provincial y respondía ante él. Los funcionarios de mayor rango en la oficina de la División de Planificación Familiar tomaban las decisiones sobre los asuntos de mayor importancia.

Un papel importante de la División de Planificación Familiar fue el de fijar estándares y establecer patrones básicos para todas las clínicas operadas por el gobierno en las que se prestaban los servicios de planificación familiar. Estos estándares y patrones incluían personal, equipo, drogas, la forma de prestar los servicios anticonceptivos y el manejo de los registros. El ministerio delegaba la adquisición y suministro de anticonceptivos a una empresa no lucrativa, que proporcionaba a los centros de salud gubernamentales las acomodaciones necesarias y también anticonceptivos orales a otras organizaciones oficiales y a algunas no gubernamentales. El Consejo de Población suministraba los DIU y la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional algunos preservativos. Los anticonceptivos orales también estaban disponibles en numerosos puntos de descuento comerciales.

El programa de planificación familiar del Ministerio de Salud fue implementado primariamente a través de una red de clínicas del ministerio y otras clínicas. Es imposible establecer el número de clínicas fijas y móviles con precisión para cualquier año dado, pues los estimados presentan muchas variaciones. El principal problema es que algunas fuentes incluyen únicamente las clínicas propias del ministerio, mientras que otras incluyen las del ministerio y de otras organizaciones. La misma División de Planificación Familiar mantuvo registros deficientes sobre el número de clínicas que tenía disponibles. Friesen y Moore (1972) estiman que en 1967 sólo unas 160 clínicas ofrecían servicios de planificación familiar, pero para 1974, Zatuchni (1975) estima que 2.200 clínicas prestaban servicios. Para poner en perspectiva estas cantidades, en 1972, la División de Planificación Familiar estimó que para ofrecer un buen acceso en todo el país serían necesarias un total de 2.450 clínicas para el final del Quinto Plan de Desarrollo Económico en 1978.¹ Éstas deberían complementarse con clínicas de tiempo parcial y el sector privado. Los equipos móviles operaban como extensión de las clínicas fijas. Según lo razonable de la precisión de este análisis, el programa tenía ya la mayor parte de su infraestructura clínica funcionando en 1974. Sin embargo, con

1 La cantidad de 2.450 clínicas se basó en las cifras de población de 1972. El estimado se calculó asumiendo una población rural de 18 millones y una razón objetivo de una clínica por cada 10.000 habitantes, lo que da un resultado de 1.800 clínicas. Para la población urbana de 13 millones, se estimó la razón en una clínica por cada 20.000 habitantes, o 650 clínicas (Friesen y Moore, 1972).

sólo mencionar los números no se puede expresar el importante tema de situar clínicas para asegurar un buen acceso, pero como el programa había heredado clínicas del Ministerio de Salud y otras agencias, el establecimiento de clínicas no era opción.

La elección de implementar el programa primariamente con instalaciones fijas le dio al programa una orientación de prestación de servicios en clínicas contra prestación en el campo, política que tuvo implicaciones importantes para el acceso físico a los servicios, la consejería y la información. La mayoría de los clientes tenían que ir a clínicas para todo el tamizado anterior a la anticoncepción y para los anticonceptivos iniciales y de reabastecimiento, usualmente un ciclo de píldoras a la vez, lo que significaba que las aceptantes tenían que regresar a la clínica cada mes. Esto creó una barrera al acceso y produjo abandonos del programa, en particular entre las mujeres de las áreas rurales. En adición, el suministro de las píldoras de marcas más populares se agotaba regularmente, reduciendo aún más el acceso (Moore, 1974).

Consciente de lo inadecuado de la presencia en áreas rurales, la División de Planificación Familiar buscó aumentar la cantidad de personal paramédico en las aldeas y clínicas, principalmente parteras y asignar las tareas menos exigentes técnicamente a miembros del personal de niveles inferiores. Los planes incluyeron, además, la expansión del número de visitadoras a domicilio, personal no médico que visitaría los hogares de los clientes para ofrecer consejería y resuministros de anticonceptivos. La división consideró también el uso de personal local no perteneciente al programa, como jefes de aldeas y parteras tradicionales, como fuente de remisiones y distribuidores de anticonceptivos.

Recursos financieros

En 1967, el programa empezó con una asignación inicial de sólo US\$500.000, pero el apoyo financiero del gobierno continuó en aumento, llegando a US\$9.200 millones en 1972. El Quinto Plan de Desarrollo Económico (1973-78) asignó US\$100 millones al programa nacional de planificación familiar, más US\$700 millones adicionales para una expansión mayor del sistema general de servicios de salud (Banco Mundial, 1982). Nótese que gran parte de la infraestructura física y de los recursos humanos del programa no se cargaron al programa de planificación familiar sino que se presupuestaron a través de las agencias superiores u otras partes del Ministerio de Salud. Como resultado, el programa estuvo bien, incluso fastuosamente, financiado comparado con los estándares de la mayoría de los programas de planificación familiar de ese tiempo.

Los donantes extranjeros aportaron la mayoría de su contribución en especie en forma de estudios, asesores a corto plazo y becarios del exterior, becas y viajes de estudio, capacitación, equipos de comunicaciones, anticonceptivos y vehículos.

Relaciones entre las organizaciones

Una de las cosas de mayor interés sobre el programa de planificación familiar de Irán fue el número y variedad de organizaciones que reclamaron ser activas en la prestación de servicios, información, o ambas cosas. En la práctica, sin duda, algunas hicieron más que otras. El Alto Consejo para la Coordinación de la Planificación Familiar (en inglés, High Council for Coordination of Family Planning), establecido en 1967, incluyó al menos 12 organizaciones, sin contar la Corporación de Salud Femenina, que era parte integral de la División de Planificación Familiar, pero varias otras organizaciones también realizaron actividad en relación con algún aspecto del programa, entre ellas otros ministerios, incluidos los de educación, trabajo, vivienda y desarrollo, agricultura y reforma agraria. Cada uno de esos reclamó haber ofrecido sesiones informativas y capacitación a los miembros de su personal sobre planificación familiar y estimular al personal a difundir información sobre ésta. El Ministerio de Trabajo, a través del Plan Laboral de Seguros, ofreció servicios de planificación familiar a trabajadores industriales y sus dependientes como parte de un paquete general de servicios de salud. La gendarmería (responsable de la seguridad en las áreas rurales y a lo largo de las fronteras), las fuerzas armadas, la fuerza policial y la Empresa Nacional de Petróleo hicieron lo mismo con sus empleados. En adición a esto, estuvieron los esfuerzos de los distintos llamados cuerpos revolucionarios. El sha inició estos cuerpos en 1962 para implementar la reforma social y actividades de desarrollo, incluso la planificación familiar. Los miembros de los cuerpos se asignaron a varias unidades funcionales, como el Cuerpo de Alfabetización, el Cuerpo de Salud Masculina, el Cuerpo de Salud Femenina y el Cuerpo de Extensión y Desarrollo (Friesen y Moore, 1972).

Recursos humanos

La División de Planificación Familiar no reclutó, ni supervisó directamente, ni remuneró a la mayoría de los trabajadores de planificación familiar. En cambio, el Ministerio de Salud u otras agencias incluidas en el programa emplearon a la mayoría de los trabajadores de planificación familiar. Para el personal del ministerio que dotaba de personal a las clínicas, la división actuó como entrenador, asesor, fijador de estándares, motivador, proveedor de anticonceptivos, planeador y coordinador. En adición, más de 700 mujeres jóvenes del Cuerpo de Salud con entrenamiento especial en información y motivación para la planificación familiar trabajaron en las clínicas y como trabajadoras de campo.

Aunque este arreglo tuvo sus aspectos positivos, significó también que la División de Planificación Familiar tuvo poco control operativo o técnico sobre las instalaciones

o el personal que prestaba los servicios, de modo que, aun cuando la división era la responsable del desempeño del programa nacional de planificación familiar, se encontraba en la posición imposible de tener poco control efectivo sobre sus activos clave.

La escasez de doctores y enfermeras planteó una restricción temprana y continua para la expansión de los servicios, lo que se debió a varias razones, incluyendo que pocos doctores o enfermeras estaban dispuestos a alejarse de las grandes ciudades, que el programa exigía demasiados requisitos médicos (*over-medicalized*), que demasiados doctores salieron a estudiar al exterior, y bien se quedaron allá cuando se necesitaron, o bien no regresaron nunca, y que los patrones de contratación de personal de las clínicas en términos de número y tipo tenían poca relación con la demanda y la carga de trabajo. El programa estuvo *over-medicalized* en el sentido de que demandaba demasiado tamizado médico innecesario e imponía demasiadas barreras al acceso a métodos relativamente simples, como la píldora. Estas políticas significaron también una dependencia fuerte y en gran parte impráctica de personal capacitado médicamente.

Para satisfacer la necesidad de personal apropiado para motivar y asesorar a las mujeres casadas donde vivían, la dirigencia del programa de planificación familiar desarrolló una categoría especial de trabajador de campo “maduro”. Estos trabajadores de campo maduros eran mayores de 25 años de edad, casados, con al menos seis años de escolaridad y vivían en sus áreas de trabajo. Para 1971, se habían capacitado y contratado 455 trabajadores de esta clase. El objetivo era capacitar y contratar 5.000.

Dado el número y tipo de trabajadores de planificación familiar, no fue sorprendente la provisión de gran parte de la capacitación por parte de la División de Planificación Familiar, incluida la de corto y largo plazo y la técnica y no técnica. Para lograrla, la sección de capacitación de la división operó varios centros de capacitación en el país.

Comunicaciones y educación

Para suministrar información sobre planificación familiar y vincularla al sistema educativo, la División de Planificación Familiar creó una sección especial supervisada por el director general para asuntos técnicos. El principal medio de suministro de información y mensajes de motivación fue una combinación de medios masivos, consejería clínica y otros varios canales formales e informales (por ejemplo, trabajadoras sociales, maestros, y una abundancia de grupos base rurales de salud y desarrollo). Quizá el principal grupo base que suministró información sobre planificación familiar en áreas rurales fue el Cuerpo de Salud Femenina. Sus miembros trabajaron en clínicas de planificación familiar y centros de salud materno-infantil en todo el país y se piensa que ayudaron a aumentar las tasas de aceptación (Ziai, 1974).

Aunque la información sobre la planificación familiar y las campañas de educación se utilizaron periódicamente en gran parte del país, se concentraron principalmente en las áreas urbanas. A mediados de los años setenta empezó una enorme campaña de medios masivos, pero se efectuó sin crear la base informativa necesaria o fijar la infraestructura estratégica mediante una extensa investigación de mercados y herramientas de evaluación para una rápida realimentación (Aghajanian, 1994). Para ponerlo en perspectiva, en la mayoría de los programas de planificación familiar se ha encontrado que modificar la actitud y el comportamiento de la gente en un área tan importante y compleja de su vida es extremadamente difícil, lo que puede haber sido especialmente válido en Irán en los primeros días del programa, dadas las tradiciones conservadoras musulmanas del país. Para buscar asistencia sobre los mejores enfoques, el gobierno y el Consejo de Población realizaron un proyecto de comunicaciones modelo a gran escala en Isfahan a principios de 1970. Este proyecto de investigación de operaciones generó gran cantidad de conocimiento útil sobre los grupos objetivo del programa y puso a prueba formas de causar el impacto deseado en conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la planificación familiar (Moore, Asayesh y Montague, 1974).

Sorprendentemente, sólo hasta 1972 el programa rara vez intentó reclutar clientes en forma directa. Mientras la esperanza era que el uso intensivo de clínicas de MCHN proporcionara a las mujeres información y servicios sobre planificación familiar en un contexto positivo, no existe registro de ninguna evaluación sobre la mejor forma de aprovechar esta oportunidad (Friesen y Moore, 1972).

Con respecto a la población, el gobierno implementó un extenso programa de actividades educativas ordenadas legalmente en los colegios, actividades que realizó el Ministerio de Educación con aportes mayores de la División de Planificación Familiar. Las actividades incluyeron la revisión de planes de estudio y textos. La división inició también un programa para introducir y explicar conceptos y preocupaciones sobre población a los maestros de los colegios públicos. Para finales de 1971, unos 20.000 maestros habían asistido a estas sesiones de un día.

En colaboración con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, el gobierno y el Consejo de Población iniciaron un proyecto de alfabetización para adultos orientado al trabajo en Isfahan, que incluyó un texto de alfabetización orientado a la planificación familiar para mujeres. Para promover la implementación, se respaldó el programa con directivas específicas al Cuerpo de Alfabetización y a los maestros de colegios e incluyó programas de capacitación en planificación familiar y un esfuerzo de medios masivos contando primariamente con el uso de la radio (Bob Gillespie, comunicación personal, 2006).

Control, evaluación e investigación

A pesar de algunos esfuerzos para mejorarlas, las capacidades de control y evaluación del programa de la División de Planificación Familiar continuaron débiles desde su creación hasta el final de la primera etapa del programa en 1979. Las limitaciones a la capacidad del programa de evaluar su progreso con respecto a sus objetivos significaba que los administradores del programa y los autores de las políticas carecían de mucha de la información que necesitaban para aprender de la experiencia y efectuar correcciones necesarias durante el desarrollo del programa (Banco Mundial, 1982). La naturaleza crónica de este problema se ha documentado en estudios realizados en 1972, 10 años antes, en los que se notaron los mismos problemas (Moore, 1974; Moore, Asayesh y Montague, 1974). En los estudios se presentó la hipótesis de que una posible razón para la falla en reunir y difundir los resultados y fijar los objetivos planeados era la extrema politización de las operaciones del gobierno, por lo cual podría ser arriesgado ocuparse en evaluación y planeación en tal entorno. Sin embargo, la misma falta de evaluación y planeación fue común a casi todos los programas de planificación familiar en los países en desarrollo. Notablemente, todavía sigue siendo así para muchos otros programas efectivos por lo demás.

En contraste con las débiles capacidades de control y evaluación del programa del esfuerzo nacional de planificación familiar, pocos programas nacionales de planificación familiar en los años sesenta y setenta pueden haber contado con el fermento de la investigación evaluadora y pruebas realizadas en Irán. El enfoque de éstos fue diverso e incluyó varios proyectos de investigación de operaciones a gran escala, entre los que hubo proyectos que se centraron en expandir los grupos base capaces de suministrar información y prestar servicios a remotas poblaciones rurales en el sur de Irán (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 1977; Ronaghy, 1976; Ronaghy y otros, 1976; Zeighami y Zeighami, 1976; Zeighami y otros, 1976, 1977). Otros proyectos demostraron cómo conceptualizar, diseñar e implementar un programa de servicios a gran escala para determinar cómo resolver problemas de salud mediante mejores enfoques a los sistemas de prestación de servicios de salud (Assar y Jaksic, 1975).

De lejos la más grande, más innovadora y más influyente investigación de operaciones emprendida durante este período fue el proyecto de comunicaciones del gobierno y el Consejo de Población, ya mencionado, que empezó en Isfahan, que también introdujo y probó muchos componentes de la prestación de servicios de planificación familiar. Por ejemplo, el llamado proyecto modelo introdujo y probó el uso de enfoques integrados a las comunicaciones y servicios, que eran virtualmente desconocidos fuera de Irán en ese tiempo; la expansión de los servicios de salud primarios en áreas rurales para impedir el embarazo en las adolescentes y aumentar

la edad de matrimonio, los incentivos para espaciar los nacimientos y las formas de reforzar la meta de familias con sólo dos o tres hijos, la movilización de personal médico y paramédico para entregar DIU y anticonceptivos orales; el uso y distribución de medicamentos de depósito, el uso de funcionarios, como los *mullah*, los miembros de los cuerpos de salud y alfabetización, líderes aldeanos, parteras tradicionales de las aldeas y maestros para apoyar las actividades de planificación familiar, la eliminación de necesidad de prescripciones médicas para la píldora y, en cambio, la provisión en las instalaciones oficiales de la variedad completa de métodos modernos de planificación familiar y la implementación de un programa de mercadeo social. El proyecto también realizó encuestas extensas en relación con conocimiento, actitudes y prácticas. Más tarde, la mayoría de las características de este proyecto de modelo integrado se replicó en todo Isfahan y también en Shiraz, Khuzistán y el Azerbaiyán iraní.

El proyecto demostró mejoras significativas en conocimiento, actitudes y prácticas en los distritos piloto. Los hallazgos del proyecto también hicieron contribuciones importantes al conocimiento del programa sobre las características de su grupo objetivo (Gillespie y Loghmani, 1972; Lieberman, Gillespie y Loghmani, 1973; Treadway, Gillespie y Loghmani, 1976). Por ejemplo, el proyecto modelo y otros estudios mostraron que las mujeres iraníes hicieron poco uso de anticonceptivos hasta que se aproximaron o sobrepasaron su tamaño de familia deseado. En Isfahan, la mujer promedio que aceptó la planificación familiar, tenía 31 años de edad, cinco hijos vivos y no quería tener más hijos (Gillespie y Loghmani, 1972). La experiencia en el resto de Irán indica que esto era bastante usual (Ajami, 1976).

Se realizaron también docenas de otros estudios, muchos de los cuales tuvieron el potencial de contribuir a la capacidad del programa de crear mejor demanda y acceso a los servicios y mejorar la cobertura de las poblaciones objetivo. Se desconoce el grado al que el liderazgo del programa utilizó los hallazgos y recomendaciones de los estudios para mejorar el aprendizaje, desarrollar políticas y hacer correcciones en el transcurso del programa.

El número y variedad de estos estudios fue el rasgo más notable y creativo del programa de planificación familiar de Irán. Es improbable que otros programas nacionales en ese tiempo hayan igualado su desempeño, aunque la investigación sobre evaluación en planificación familiar probablemente alcanzó su apogeo internacionalmente durante los años sesenta y setenta.

EL sector privado

En la década de 1960, Irán contaba con varias agencias no gubernamentales influyentes bien establecidas. La mayoría de las que tenía orientación al bienestar social

terminó con un papel activo en el programa de planificación familiar. Entre ellas estuvieron la Sociedad del León Rojo y el Sol (la versión iraní de la Media Luna Roja o Cruz Roja), la Organización Imperial para Servicios Sociales, la Organización de Mujeres de Irán, el Instituto para la Protección de Madres y Niños, el Centro de Bienestar Comunitario de Irán, la Asociación de Planificación Familiar de Irán (afiliada a la International Planned Parenthood Federation) y numerosas universidades. Nótese que casi todas estas organizaciones estuvieron estrechamente asociadas con, o eran supervisadas por, un miembro de la familia real, o tenía otros lazos cercanos al gobierno. En adición, la mayoría de estas organizaciones, si no todas, recibían fondos del gobierno, en adición a cualesquier otros (Friesen y Moore, 1972).

Antes de 1961 era ilegal importar anticonceptivos a Irán. La legalización permitió finalmente al sector comercial, las farmacias y practicantes privados, ser participantes activos en la provisión de servicios anticonceptivos. Aparte de eso, poco se conocía sobre el papel del sector comercial en la provisión de servicios de planificación familiar hasta la realización de un estudio en 1972 por el Westinghouse Population Center (1973). En este estudio se concluyó que el sector comercial proveía a la mitad de las parejas que utilizaba anticonceptivos en Irán; se concluyó que el potencial de crecimiento era enorme y se hicieron varias recomendaciones sobre cómo podría realizarse ese crecimiento por medio de una serie de acciones en los niveles del gobierno, el importador, el fabricante, el minorista y el consumidor. El autor desconoce si se siguieron las recomendaciones del estudio de la Westinghouse.

A mediados de 1971, Naciones Unidas envió una misión de hallazgo de hechos a Irán encabezada por Lord Caradon. La misión Caradon estimó que se vendieron entre 90.000 y 100.000 ciclos de píldoras cada mes a través de canales comerciales, representando del 39% al 43% de todos los ciclos de píldoras estimados distribuidos. De ser correctas las cifras, corresponden aproximadamente a los hallazgos de la Westinghouse.

Efectos del programa

Con excepción de los resultados generados inequívocamente por el programa, como el número de ciclos de píldoras distribuidos, se desconoce el impacto atribuible del programa sobre la mayoría de los efectos aquí resumidos, en especial los demográficos. Este problema básico se empeora con la falta de acuerdo entre quienes han reunido, analizado e informado los datos sobre un efecto dado. Además, algunas encuestas y censos produjeron resultados improbables en uno o más indicadores; por ejemplo, las cifras citadas para la tasa de fecundidad total en 1976 iba de 5,5 a 6,8 nacimientos vivos por mujer, dependiendo de la fuente (Bulatao y Richardson, 1994).

Extrañamente, estas cifras provienen de una base de datos común, el censo. En tales casos, el autor simplemente tomó el número que pareció tener mejor sentido. Para los propósitos actuales, los efectos del programa se distribuyen en tres conjuntos de categorías: anticonceptivos orales distribuidos y comprados, nuevas aceptantes y número de usuarias y prevalencia de uso. En adición, se suministra un resumen de efectos demográficos. Dado que el programa iraní fue un programa de píldoras en forma abrumadora, sólo se informará aquí sobre este método. Aun cuando los diferenciales urbano-rurales son sustanciales para cada efecto discutido, en bien de la brevedad no se informan aquí salvo en relación con los métodos tradicionales.

Cuadro 3.1 Número de ciclos de píldoras orales distribuidos por mes por el programa y comprados comercialmente, años seleccionados

Método	1968	1971	1974	1978
Distribuidos por el programa	1.433	21.000	—	389.000
Comprados comercialmente	50.000	100.000	225.000	—

Fuente: Friesen y Moore, 1972; Mehryar y otros, 2000.

Nota: — = no disponible.

Distribución y compra de anticonceptivos orales

El cuadro 3.1 presenta las cantidades de ciclos orales distribuidas por el programa por mes contra las compradas comercialmente. Como lo muestra el cuadro, entre 1968 y 1978, el número de ciclos de píldoras distribuido por el programa aumentó en forma drástica. En adición, según Zatuchni (1975), por lo menos 800 especialistas y otros practicantes privados insertaban el DIU. Dado el estado deficiente de los datos y la información sobre el sector comercial, se ha subestimado sin duda su papel en la prestación de los servicios.

Nuevas aceptantes

Zatuchni (1975) estima que entre abril de 1970 y septiembre de 1974, el programa atendió unas 2,31 millones de nuevas aceptantes. El número promedio por mes de nuevas aceptantes atendidas solo por el programa (nótese que algunas pueden haber sido nuevas aceptantes más de una vez) aumentó de 7.700 en 1968 a 46.100 en 1972, a aproximadamente 50.000 en 1974 (Banco Mundial, 1972). En el año 1974 hubo aproximadamente 600.000 nuevas aceptantes, 4% más que en 1973.

Prevalencia de la anticoncepción

El cuadro 3.2 muestra el porcentaje de mujeres casadas, entre 15 y 49 años de edad, que utilizaban servicios de planificación familiar de todas las fuentes entre 1972 y 1978. En 1969, la prevalencia se estimó en sólo 3% (Bulatao y Richardson, 1994).² Es difícil confiar en tales estimados o efectuar comparaciones con esos. Por ejemplo, en un estudio de la Economic and Social Comisión for Asia and Pacific (1974) se estimó la prevalencia para ese año en 44,9%, lo que parece ser demasiado alto. En el último estudio se estimó también, a modo de comparación, que los niveles de 1974 eran de 30% en Filipinas y 42% en las zonas urbanas de India.

Cuadro 3.2 *Prevalencia de la anticoncepción, años seleccionados*

<i>Año</i>	<i>Porcentaje de mujeres casadas de entre 15 y 19 años de edad usando anticonceptivos</i>
1972	8
1974	14
1976-77	36
1978	36-38

Fuente: Bulatao y Richardson, 1994

El cuadro 3.3 presenta información sobre el uso de métodos tradicionales tales como el retiro, dentro de la tasa general de prevalencia de anticonceptivos. Es claro que los métodos tradicionales han tenido un papel importante en la anticoncepción y su prevalencia de uso varió relativamente poco en áreas urbanas desde principios de los años setenta hasta principios de los noventa. Las encuestas en Teherán desde mediados de los años sesenta hasta principios de los setenta muestran que el uso de métodos tradicionales como porcentaje en la prevalencia general de uso de anticonceptivos osciló entre 45% y 55%. Datos de un estudio sobre conocimiento, actitudes y prácticas realizado principalmente con mujeres rurales en 1971 informaron que el retiro era el método preferido para el 24% de las encuestadas (Friesen, 1969; Friesen y Moore, 1972).

Dos cosas son notables sobre estos resultados. Primero, los métodos tradicionales han continuado siendo populares a pesar de la creciente disponibilidad de métodos modernos económicos y la urgencia de las autoridades para su uso. Segundo, lo más

2 Ha sido particularmente difícil reconstruir cifras de prevalencia con cualquier grado de confianza pues varían mucho según la fuente. Bulatao y Richardson (1994) es la fuente para las cifras más conservadoras presentadas en esta sección, basadas principalmente en estadísticas de servicios.

notable, es que el uso de los métodos tradicionales ha sido consistentemente mayor entre los residentes urbanos que entre los rurales. De hecho, los residentes urbanos contaron más con los métodos tradicionales que con cualquier método moderno individual, mientras que los tradicionales fueron segundos en popularidad entre los residentes rurales (Bulatao y Richardson, 1994). Este hallazgo desafía todas las explicaciones obvias. Es también curiosa la falta de atención a esta anomalía en la literatura. La respuesta podría tener algo que ver con que los residentes urbanos sean más sinceros y estén más dispuestos a mencionar el retiro que los rurales, que pueden ser más tímidos sobre el tema en general. Alternativamente, es más probable que, siendo mejor educados, quizás los residentes urbanos comprendieran mejor la pregunta y tuvieran una mejor comprensión de lo que es un método anticonceptivo. Sin embargo, todas estas son especulaciones, sin ninguna base empírica (Steve Solter, comunicación personal, septiembre de 2006).

Cuadro 3.3 *Uso de métodos tradicionales de anticoncepción, años seleccionados porcentaje de la prevalencia general de anticonceptivos*

Localización	1972	1976	1989	1992
Urbana	35,3	37,4	48,8	36,4
Rural	37,1	25,5	32,8	20,2

Fuente: Bulatao y Richardson, 1994

Nota: estas cifras se basan en datos de encuestas y muy probablemente están exageradas

Cuadro 3.4 *Tasas de fecundidad total, de natalidad bruta y de crecimiento de la población, años seleccionados*

Categoría	1956	1965	1966	1975	1976	1985	1986
Tasa de fecundidad total (número promedio de hijos nacidos durante la vida de una mujer)	–	7,6	–	6,5	–	7,0	–
Tasa de natalidad bruta (nacidos vivos por 1.000 habitantes)	50	–	50	–	42	–	48
Tasa de crecimiento de la población (%)	1,74	–	>3	–	2,68	–	3,83

Fuente: Bulatao y Richardson, 1994.

Nota: – = no disponible.

Efectos demográficos

El cuadro 3.4 suministra información sobre las tasas de fecundidad total, tasas de natalidad bruta y tasa de crecimiento de la población de 1956 a 1986. Bulatao y Richardson (1994) notan que la tasa de natalidad bruta siguió un patrón similar al de la tasa de fecundidad total. Mientras la caída en la tasa de natalidad bruta, de 50 nacidos vivos por 1.000 habitantes a 42, representa un buen progreso, era todavía más alta que la tasa objetivo fijada por el gobierno de 38 nacidos vivos por 1.000 habitantes. Con respecto a la tasa de crecimiento de la población, si bien la tasa reducida de 2,68% para 1976 muestra progreso, también fue mayor al objetivo del gobierno de 2,60%. La falta de cumplimiento del objetivo se debió a que la tasa de natalidad fue más lenta de lo esperado. En línea con la tasa de fecundidad total y la tasa de natalidad bruta, la de crecimiento de la población saltó a 3,83% en 1986. Como lo indican las cifras anteriores, Irán experimentó una alta fecundidad durante las décadas de 1950 y 1960, la que bajó en forma sustancial en la de 1970, luego rebotó y experimentó una disminución más lenta en la década de 1980.

Resumen de los efectos del programa

El programa se inició con rapidez y empezó a mostrar progreso bien pronto. Se notaron los aumentos continuos en el número de anticonceptivos distribuidos o comprados en las nuevas aceptantes y en la prevalencia de uso, junto con reducciones en la fecundidad y la tasa de natalidad bruta. Los resultados fueron respetables para un programa que apenas empezaba y se lograron en un período relativamente breve. No obstante, como se ha notado a través de todo este capítulo, ninguna evaluación del desempeño del programa ha tenido en cuenta las muchas restricciones y desafíos a que se ha enfrentado esta nueva iniciativa.

Asistencia e influencia externa

El naciente programa de planificación familiar de Irán contó con mucha ayuda y apoyo externos. De hecho, tal ayuda llamó la atención al problema demográfico en primer lugar, luego tuvo un papel importante en informar a los autores de las políticas y en muchas de las características del programa nacional. La gran mayoría de la ayuda extranjera se orientó a los temas técnicos y al desarrollo de recursos humanos y no fue financiera o material. Distintas organizaciones tuvieron diferentes papeles en términos de la cantidad y clase de apoyo que ofrecieron. Aunque es difícil hacer juicios sobre qué organizaciones fueron más importantes que otras, durante el período

do formativo del programa, las organizaciones extranjeras más activas e influyentes fueron el Consejo de Población, varias agencias de las Naciones Unidas (las mismas Naciones Unidas, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población y la Comisión Económica para Asia y el Lejano Oriente [más tarde la Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico]) y la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional. Otras organizaciones fueron la Agencia Sueca para la Cooperación del Desarrollo Internacional, la Federación Internacional de la Planeación de la Paternidad, el Banco Mundial y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

El Consejo de Población

Muchos observadores piensan que el Consejo de Población fue fácilmente la más influyente de todas las agencias externas que trabajaron en Irán de 1960 a 1979. Varios factores clave permitieron al Consejo tener su papel único e importante. Para empezar, el Consejo ya tenía una reputación mundial como principal depositario de pericia técnica en población y planificación familiar. Así, fue lógico que el gobierno solicitara al Consejo en 1966 revisar la situación demográfica y de servicios de Irán e hiciera recomendaciones con relación al nuevo programa de planificación familiar. El informe de Keeny y otros (1967) proporcionó una extraordinaria guía sobre población al país que dramatizó la necesidad de los programas de población. Ofreció también una plantilla para diseñar e implementar exactamente dicho programa con base en la experiencia algo modesta obtenida en ese tiempo y continúa siendo una instantánea maravillosa del enfoque más moderno de hace 40 años. La congruencia entre las recomendaciones del Consejo y los principales aspectos de las eventuales políticas y servicios de planificación familiar iraníes y de su programa de información es impresionante.

En adición, los dos asesores del Consejo de Población residentes en Irán de 1968 a 1975 contaron con un nivel de acceso único al liderazgo del programa y ejercieron una gran influencia en él y en el gobierno en general.

Por último, el Consejo inició, en gran parte pagó, y aportó apoyo técnico a muchas de las principales iniciativas de investigación realizadas en ese tiempo, incluido el proyecto de modelos. Más que cualquier otra agencia, el Consejo contribuyó a generar el gran número de estudios evaluativos de investigación y ensayos que tuvieron lugar en los años setenta. En adición, el Consejo suministró apoyo importante en forma de programas de capacitación, un programa de servicios de planificación familiar posparto de cuatro años en el Farah Maternity Hospital, un consultor residente para el proyecto de modelos, numerosos consultores temporales, asistencia al esfuerzo na-

cional de comunicaciones, equipo de procesamiento de datos y todos los DIU para el programa nacional de planificación familiar (Friesen y Moore, 1972; Joel Montague, comunicación personal, septiembre de 2006).

Agencias de las Naciones Unidas

En 1969, el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas nombró un funcionario para el programa de población, luego designado como consejero superior de población. En 1971, la ONU realizó una revisión integral del programa iraní por medio de un equipo que incluyó, además, la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Los hallazgos y recomendaciones del informe del equipo fueron la base de una serie de solicitudes de proyectos enviadas a la recién creada Unfpa. Para 1973, esta agencia había expandido sus funciones y su presencia en países clave como Irán, y para finales de ese año había enviado uno de sus 17 coordinadores a Teherán para supervisar el crecimiento de su programa (Unfpa, 1973). La Comisión Económica para Asia y el Lejano Oriente ofreció programas de capacitación y, a semejanza de otras agencias, auspició conferencias y talleres en los cuales participaron funcionarios iraníes (Friesen y Moore, 1972).

Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional

El gobierno de los EUA contribuyó al programa de planificación familiar mediante la provisión de tres internos de población contratados por la Universidad de Michigan, la Universidad de Carolina del Norte y la Universidad Johns Hopkins. La Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional contribuyó también a la financiación de numerosos proyectos de investigación, becas y otras formas de apoyo por medio de esas tres universidades y otras más. En adición ofreció apoyo al Consejo de Población para ayudar a financiar el programa de planificación familiar de posparto, donaciones para investigación y becas adicionales (Friesen y Moore, 1972).

El Banco Mundial

El Banco Mundial sólo intentó un proyecto de población en Irán, que fue aprobado en mayo de 1973 y cancelado en marzo de 1977; en ese período sólo se desembolsaron US\$640.000 de los US\$16,5 millones aprobados. Como muchos proyectos del Banco, este fue primariamente un proyecto de *bricks-and-mortar*, cuyo propósito era extender los servicios de salud y planificación familiar a los pueblos más pequeños.

Otros objetivos del proyecto fueron los de mejorar la administración del programa nacional, aumentar la capacidad y calidad de la capacitación y establecer las bases de un proyecto de nutrición posterior. Los fondos del proyecto sólo financiaron dos estudios, una evaluación de gestión y un estudio de nutrición requerido para preparar el proyecto de nutrición. Un informe franco interno del Banco presenta varias razones del fracaso de este proyecto de población, algunas de ellas bastante irrecusables. Incluyeron retrasos en la construcción y adquisiciones, excesos en costos y supuesto escaso compromiso con el proyecto por parte de funcionarios del Ministerio de Salud (Banco Mundial, 1982).³

Evaluación del programa 1960-79

A semejanza de muchos esfuerzos nacionales de planificación familiar, el programa de Irán tuvo muchos logros, aunque también su parte de problemas y debilidades. En esta sección se busca presentar un cuadro balanceado del desempeño del programa en el contexto de su tiempo y su entorno.

Logros

A principios de 1967, Irán virtualmente no tenía actividades de planificación familiar aparte de algunas compras en el sector privado de anticonceptivos en áreas urbanas y servicios ofrecidos por unas pocas organizaciones no gubernamentales. A los pocos años, las actividades de planificación familiar eran ya un componente importante de los planes quinquenales nacionales, había financiación adecuada (aún sobrante) disponible, se había creado un programa nacional que contaba con su personal y ofrecía servicios e información incluyendo muchas agencias multisectoriales y un amplio rango de medidas sociales, más allá de la planificación familiar, se habían agregado a las existentes (Zatuchni, 1975). Desde el principio, el programa contó con el apoyo inequívoco de los más altos niveles del gobierno. Además, dada la naturaleza formativa del programa y las restricciones del entorno, logró un progreso medible en la

3 Aunque es estimulante leer una evaluación de proyecto tan inusualmente crítica por un donante mayor, es apenas justo señalar que el Banco ha tenido muchas experiencias insatisfactorias en varios países de la clase registrada aquí. Además, el Banco era relativamente nuevo en cuanto a la programación de planificación familiar y, aun cuando su personal había juzgado este proyecto como “arriesgado” desde un principio, eligieron continuarlo de todas formas, lo que hace que uno se pregunte si se debe culpar al menos parcialmente al enfoque del Banco sobre la formulación y gestión de proyectos por algunos de los problemas anotados.

distribución de anticonceptivos, en tasas de aceptación y usos, y en reducción de la fecundidad. Entre sus logros se encuentran los siguientes:

- Para atender la escasez de médicos en áreas rurales, la División de Planificación Familiar procuró compensar una infraestructura clínica heredada con cobertura deficiente en áreas rurales introduciendo servicios e información por medio de varios grupos base de paramédicos y voluntarios. La contratación de miles de entrenados médicamente y otros jóvenes educados orientados al servicio al Cuerpo de Salud fue una reforma social de gran significación, especialmente para un país en desarrollo a principios de los años sesenta.
- Para atender la necesidad de métodos de acción duradera, el programa experimentó con servicios de planificación familiar de posparto (que tendían a hacer énfasis en el DIU) y con el uso de paramédicos para insertar los DIU.
- Para mejorar las comunicaciones con las mujeres mayores, el programa organizó un grupo base de mujeres mayores y casadas como motivadoras de campo.
- En lugar de esperar a crear su propia infraestructura de servicios, el programa aprovechó la infraestructura y el personal existentes, lo que permitió su rápido inicio.
- Aunque el programa estuvo enfocado demográficamente, formó parte de un esfuerzo nacional general para modernizar la condición de la mujer y enriquecer el bienestar social.
- La dirección del programa estuvo abierta a la asesoría externa y, como resultado, recibió apoyo técnico invaluable y estímulo de la comunidad internacional y de otros programas de planificación familiar.
- Los servicios de planificación familiar se prestaron en más de 2.000 clínicas en toda la nación para finales de los años setenta.
- Los servicios de anticoncepción se integraron con otros servicios preventivos desde el principio, en especial de salud materno-infantil.
- Desde el principio, el programa de planificación familiar participó en un programa activo de investigación para planeación, aprendizaje e innovación en las políticas o lo patrocinó.
- Los directores del programa procuraron mejorar el acceso y la aceptación de los servicios ofreciéndolos gratis o a precios muy bajos.
- El programa inició una enorme campaña de medios masivos para aumentar el conocimiento, las actitudes y las prácticas en relación con la planificación familiar a principios y mediados de los años setenta que complementaron el trabajo a nivel de comunidad realizado por los grupos base de paramédicos y voluntarios.

Problemas y restricciones

Fue inevitable que el problema encontrara muchos problemas y restricciones, algunos evitables, otros no. Podría argumentarse que las restricciones de administración eran parte de los crecientes dolores de un nuevo programa y muchos eran corregibles, si no evitables. Nótese que en la siguiente lista de problemas y restricciones, que incluye los relativos al entorno, al liderazgo y a la administración del programa, se hace poco esfuerzo para evaluar su significado.

- El país no tenía historia de anticoncepción moderna en 1967 y por tanto ninguna experiencia ni pericia, lo que inevitablemente causó un impacto importante en el desempeño inicial. La administración del programa trabajó para superar este problema, pero como es natural, sólo ocurrió en forma gradual.
- El principal grupo objetivo fue la población rural conservadora, pronatalista, pero crónicamente mal atendida. Este problema contextual causó un impacto negativo importante y duradero. En adición, las áreas rurales estaban seriamente subdesarrolladas en relación con los pueblos y ciudades, con mucho menos acceso a las comunicaciones, el transporte, los servicios sociales y demás infraestructura.
- La carencia de un endoso y apoyo activo al programa por parte de los líderes religiosos fue un tema importante.
- El foco urbano de la infraestructura existente, de la que tenía que depender el programa, dio como resultado una cobertura rural deficiente y constituyó una restricción mayor al acceso por parte de las mujeres rurales. Aunque el programa intentó atender este problema mediante esfuerzos para expandir los servicios y la información rural utilizando practicantes tradicionales, paramédicos y voluntarios, nunca se resolvió.
- La casi total dependencia de la píldora polarizó el programa hacia las mujeres urbanas más jóvenes, quienes estaban más interesadas en espaciar los nacimientos que las mujeres rurales mayores, que deseaban no tener más hijos.
- Los mayores ingresos petroleros del país causaron un impacto negativo en la percepción de la gente de la necesidad de limitar el crecimiento de la población y la fertilidad. A la postre, esto parece haber causado un impacto en el apoyo al programa desde el interior del gobierno como también entre la población en general.
- La administración no tuvo la autoridad para controlar la dirección del programa, coordinarlo con otros participantes y ejercer influencia sobre el Ministerio de

Salud y otras instalaciones de servicios, como tampoco sobre otras fuentes de recursos financieros y humanos.

- Las estrategias, políticas y objetivos del programa fueron vagos y la planeación de la implementación no se hizo nacionalmente. Un ejemplo fue el enfoque amorfo en todas las mujeres casadas en edad reproductiva, lo que imposibilitó un direccionamiento y planeación efectivos.
- El mantenimiento de registros fue deficiente; virtualmente no se realizó ninguna evaluación de los resultados del programa y así los líderes nacionales recibieron poca realimentación sobre el progreso del programa (Banco Mundial, 1982).
- Aunque la extrema dependencia del programa de la píldora fue en gran parte inevitable, no es tan claro por qué se hizo tan poco esfuerzo en la promoción de preservativos y en preparar el terreno para la introducción eventual de métodos de acción duradera. Para agravar el problema, las políticas de provisión de píldoras fueron demasiado restrictivas en el sentido de que permitían que las mujeres obtuvieran sólo un ciclo de píldoras por visita.
- Por el lado de la demanda, los esfuerzos de comunicación se direccionaron de manera deficiente y pueden haber generado excesiva dependencia de los medios masivos, con demasiado poco uso de la investigación de mercados para mejorar las estrategias de comunicación, incluso el direccionamiento, los mensajes, los canales y la evaluación de impacto. En adición, la efectividad de los grupos base de motivación de jóvenes y no casados no fue clara y los programas casi no hicieron esfuerzos de vincularse a una motivación directa agresiva de las nuevas aceptantes y de las desertoras.
- La escasez de doctores y enfermeras, en especial en áreas rurales, se agravó con las políticas *over-medicalized* y una asignación de recursos humanos escasos que no fue efectiva en costos.

Conclusiones

Uno de los aspectos más sorprendentes de la lista de problemas y debilidades del programa es cuántos de esos afectaron también –o afectarían– a cualquier otro esfuerzo nuevo de planificación familiar en Asia y en otras partes (Moore, Asayesh y Montaje, 1974). Aún más impresionante es que aun hoy, 35 años después, muchos, si no la mayoría, de estos problemas siguen siendo áreas débiles en salud materno-infantil, salud reproductiva y otros programas de salud pública. Estos problemas crónicos incluyen estrategias y planes débiles, por ejemplo, para maximizar el acceso a los servicios; fijación vaga de prioridades y objetivos, débiles sistemas de supervisión y cuestionable calidad de la atención, sistemas débiles de control y evaluación, poco

uso de análisis de efectividad de costos y deficiente coordinación dentro de los sectores, y entre esos.

En el lado positivo, los logros del programa fueron impresionantes, en especial dado que Irán fue pionero en el diseño e implementación de un programa de planificación familiar desde cero. La opinión común en aquellos primeros días de la planificación familiar era que “los programas nacionales exitosos de planificación familiar parecían existir primariamente en países pequeños de rápida modernización que sean o islas o penínsulas” (Moore, Asayesh y Montague, 1974, p. 400). Esta visión restrictiva persistiría durante algunos años y dada la creencia generalizada en ella y las realidades desafiantes de Irán, habría sido difícil ser optimista sobre sus posibilidades de realizar un programa exitoso. Dejando esta opinión a un lado, una conclusión justa es que durante su primera etapa el programa de planificación familiar iraní tuvo un buen desempeño en relación con países comparables de la primera ola como Egipto, Pakistán y Turquía.

Nota final: evaluando los desarrollos posteriores

La mayor parte de esta narrativa se ha enfocado en la primera etapa del programa de planificación familiar iraní, esto es, el programa iniciado por el sha, que operó entre 1967 y 1979. Sin embargo, las dos etapas posteriores –de 1979 a 1988 y de 1988 hasta el presente– representan desarrollos posteriores importantes que nos ayudan a comprender las contribuciones de las iniciativas del sha. Esta sección presenta un breve panorama de estas etapas posteriores.

La segunda etapa del programa de planificación familiar: 1979-88

Los líderes de la Revolución Islámica de 1979 decidieron esencialmente detener el programa de planificación familiar existente. Una razón fue simplemente que no creían que el crecimiento de la población fuese un problema. En este juicio influyeron las pérdidas humanas que ocurrieron durante la guerra de ocho años con Irak, que empezó a mediados de 1981. Las nuevas autoridades revolucionarias revivieron la ley islámica, redujeron los derechos de la mujer y en general orquestaron un cambio de valores seculares a tradicionales. Parte de estos cambios implicó la suspensión del programa de planificación familiar oficial de alto perfil, incluido el abandono de las políticas anteriores de control de la fertilidad, la abolición de la División de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, la disolución del Alto Consejo para la Coordinación del Consejo de Planificación Familiar, el cese del programa de información, educación y comunicaciones, y el cierre de las clínicas especializadas en planificación

familiar. Sin embargo, en forma contraria a la creencia popular, la suspensión del programa oficial no señaló el fin de los servicios y suministros de planificación familiar en Irán. Las instalaciones de MCHN del Ministerio de Salud continuaron prestando los servicios de planificación familiar y también los puntos de descuento minoristas, y las clínicas y los practicantes privados.

A pesar de las políticas explícitamente pronatalistas de la República Islámica de Irán, los datos de este período revelan que a pesar de una breve caída en los clientes anuales de planificación familiar en los comienzos de la revolución en 1979 (de 5,2 millones a 4,2 millones), el número de clientes aumentó a 5,6 millones en 1981 y continuó creciendo lentamente hasta un pico de más de 7 millones en 1987. Varias encuestas realizadas en este período revelaron que la mayoría de las familias estaban a favor de limitar el número de hijos que tenían (Mehryar y otros, 2000). Todavía, aun con estos aumentos en el uso de anticonceptivos, la tasa de fecundidad total aumentó en forma marcada, y con ella el tamaño de la población. El censo de 1986 reveló que la población total había aumentado de 33,7 millones en 1976 a cerca de 50 millones (Aghajanian, 1994; Bulatao y Richardson, 1994).

La tercera etapa del programa de planificación familiar: 1988 hasta el presente

En 1988, los líderes nacionales apreciaron las implicaciones negativas del censo de 1986. También para ese tiempo, había terminado la guerra con Irak y la dirección podía considerar otra vez la planificación familiar como una prioridad nacional. En consecuencia, empezando a principios de 1988, se instruyó a los ministerios y departamentos del gobierno a que consideraran qué políticas y programas eran necesarios para controlar el crecimiento de la población. Posiblemente aprendiendo de las deficiencias de la primera etapa del programa de planificación familiar, pero más probablemente resultando de sus propias inclinaciones religiosas y la estructura de poder dominada por los *mullah*, el gobierno ejerció esfuerzos considerables para consultar a la mayoría de los miembros del establecimiento religioso y obtener su apoyo. Para principios de 1989, el gobierno anunció la política nacional de planificación familiar, que fue aprobada por el parlamento. Siguiendo el patrón anterior, se le dio al Ministerio de Salud la responsabilidad del programa y recursos generosos para prestar servicios gratis de anticoncepción a todas las parejas casadas. Otra emulación del programa anterior fue establecer una serie de mecanismos para asegurar la cooperación intersectorial entre los numerosos ministerios y agencias implicados en alguna forma con el programa. No hay duda de que el programa actual se benefició enormemente con los esfuerzos del programa del sha para difundir el conocimiento sobre planificación familiar en todos los segmentos de la población, de los miles de

personas capacitadas en ese tiempo y del crecimiento del papel del sector privado en la provisión de anticonceptivos desde 1961.

Las crecientes tasas en la prevalencia de uso de anticonceptivos indican el éxito del programa; subieron de 49% en 1989 a 76% en 1997. Otro logro significativo fue reducir la brecha urbana-rural en la prevalencia de uso a sólo 10%, un logro alcanzado en gran parte mediante el extenso despliegue de trabajadores de salud rurales locales. En forma paralela al aumento en las tasas de prevalencia de uso, la tasa de crecimiento de la población cayó de 3,9% en los años ochenta a 2,5% en 1991. En forma semejante, la tasa de natalidad bruta cayó de 43 nacimientos vivos por 1.000 habitantes en 1973-76 a 21 en 1996. Aunque la tasa de crecimiento de la población ha venido cayendo, el número de personas que se agrega cada año a la población continúa cercano a los altos históricos y podría subir más aún. Dada la estructura de su edad, la población todavía se duplicará eventualmente, aun con la fecundidad a nivel de reemplazo (Aghajanian, 1994; Bulatao y Richardson, 1994; Mehryar y otros, 2000).

Referencias

- Aghajanian, Akbar. 1994. "Family Planning and Contraceptive Use in Iran, 1967-1992." *International Family Planning Perspectives* 20 (2): 66-69.
- Ajami, I. 1976. "Differential Fertility in Peasant Communities: A Study of Six Iranian villages." *Population Studies* 30 (3): 453-563.
- Assar, M. y Z. Jaksic. 1975. "A Health Services Development Project in Iran." En *Health by the People*, ed. K. W. Newell, 112-27. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Banco Mundial. 1973. *Report and Recommendation of the President to the Executive Directors on a Proposed Loan to the Government of Iran for a Population Project*. Washington, DC: Banco Mundial.
- . 1982. "Project Performance Audit Report: Iran Population Project (Loan 928-IRN)." Informe, 3790, Banco Mundial, Washington, DC.
- Berelson, Bernard. 1978. "Programs and Prospects for Fertility Reduction: What? Where?" Documento de trabajo, Center for Policy Studies, Population Council, Nueva York.
- Bulatao, Rodolfo A. y Gail Richardson. 1994. "Fertility and Family Planning in Iran." Serie de documentos para discusión No. 13, Banco Mundial, Washington, DC.
- Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. 1974. "Family Planning Practice and Its Socio-Demographic and Communication Correlates." En *Husband-Wife Communication and Practice of Family Planning*, 113-33. Asian Population Studies Series 16 (E/CN.11/1212). Bangkok: Economic and Social Commission for Asia and the Pacific.

- _____. 1977. "Health Worker Pilot Project." *Asian and Pacific Population Programme News* 6 (4): 23.
- Friesen, John K. 1969. *Iran. Country Profiles Series*. Nueva York: Population Council.
- Friesen, John K. y Richard Moore. 1972. "Iran." *Country Profiles*. Nueva York: Population Council.
- Gillespie, R. W. y M. Loghmani. 1972. "The Isfahan Communications Projects." Informe inédito, Ministry of Health, Family Planning Division, Teherán.
- Keeny, S. M., W. P. Mauldin, G. F. Brown y L. M. Hellman. 1967. "Iran: Report on Population Growth and Family Planning." *Studies in Family Planning* 20 (Junio): 3-6.
- Lieberman, S. S., Robert W. Gillespie y M. Loghmani. 1973. "The Isfahan Communications Project." *Studies in Family Planning* IV (4): 73-100.
- Mehryar, Amir H., Joel Montague, Farzaneh Roudi y Farzaneh Tajdini. 2000. "Iranian Family Planning Program at the Threshold of the 21st Century." Documento presentado en el International Union for Scientific Study of Population seminar on "Family Planning Programmes in the 21st Century," Daca.
- Moore, Richard. 1974. "Supply and Demand Aspects of Oral Pill Delivery in Iranian Family Planning Clinics." Tesis de grado para Ph.D., Cornell University, Ithaca, NY.
- Moore, Richard, Khalil Asayesh y Joel Montague. 1974. "Population and Family Planning in Iran." *Middle East Journal* 28 (4): 396-408.
- Ronaghy, H. A. 1976. "Middle Level Health Workers Training Project in Iran." En *Village Health Workers: Proceedings of a Workshop, Shiraz, Iran, March 1976*, ed. H. A. Ronaghy, Y. Mousseau-Gershman y A. Dorozynski, 11-13. Ottawa: International Development Research Centre.
- Ronaghy, H. A., E. Najaradeh, T. A. Schwartz, S. S. Russell, S. Solter y B. Zeighami. 1976. "The Front Line Health Worker: Selection, Training, and Performance." *American Journal of Public Health* 66 (3): 273-77.
- Treadway, R. C., R. W. Gillespie y M. Loghmani. 1976. "The Model Family Planning Project in Isfahan, Iran." *Studies in Family Planning* VII (11): 308-21.
- Unfpa (United Nations Population Fund). 1973. *Annual Report*. Nueva York: Unfpa.
- Westinghouse Population Center. 1973. *Distribution of Contraceptives in the Commercial Sector of Iran*. Columbia, MD: Westinghouse Population Center.
- Zatuchni, Gerald I. 1975. "Iran." *Studies in Family Planning* 6 (8): 302-4.
- Zeighami, B. y E. Zeighami. 1976. "Evaluation of Iranian Village Health Workers' Efficacy." En *Village Health Workers: Proceedings of a Workshop, Shiraz, Iran, March 1976*, ed. H. A. Ronaghy, Y. Mousseau-Gershman y A. Dorozynski, 14-20. Ottawa: International Development Research Centre.
- Zeighami, E., B. Zeighami, A. E. Eftekhari y P. Khoshnevis. 1976. "Effectiveness of the Iranian Auxiliary Midwife in IUD Insertion." *Studies in Family Planning* 7 (9): 261-63.

- Zeighami, E., B. Zeighami, I. Javidian y S. Zimmer. 1977. "The Rural Health Worker as a Family Planning Provider: A Village Trial in Iran." *Studies in Family Planning* 8 (7): 184–87.
- Ziai, L. 1974. "Population Education in Iran." En *Population Education in the Asian Region: A Conference on Needs and Directions*, ed. J. Middleton, 88–92. Informe de la International Conference on Population Education in the Asian Region, Tagaytay City, Filipinas, enero 14–21. Honolulu: East-West Center.

4

Túnez: el debut de la planificación familiar

George F. Brown

Túnez, situado en la orilla occidental del Mediterráneo, es uno de los tres países del Magreb Árabe. Junto a Argelia y Marruecos fue colonizado por Francia y conquistó su independencia en 1956. Su población es casi en su totalidad musulmana y árabe, con una mezcla significativa de berberiscos, los habitantes originales de la región. En el momento de su independencia, era principalmente rural y agrícola, con una base industrial limitada y pocos recursos naturales. Habib Bourguiba fue el líder nacional indiscutible antes y durante el período de la independencia y de 1956 a 1987 fue el primer presidente de Túnez. El país ha constituido una política social y económica progresista y ha mantenido una posición política relativamente neutral desde la independencia, manteniendo lazos estrechos con Francia, con sus vecinos del Magreb y con Estados Unidos. Debido a las políticas liberales sociales de Bourguiba, las relaciones con otros países árabes fueron con frecuencia tensas en un principio. A partir de la independencia, ha sido un Estado de un solo partido con débil oposición política. El partido Neo-Destour, que Bourguiba había creado durante la lucha por la independencia, fue la única voz política del gobierno.

Poco después de la independencia, el presidente Bourguiba inició una serie de cambios sociales notables que afectaron la vida de los tunecinos, en especial de las mujeres (Daly, 1966; Gueddana, 2001). Él liberó las leyes, códigos y regulaciones que afectaban muchos aspectos de la vida social, de las cuales entre las más notorias estuvieron las siguientes:

- Mejoró la condición de la mujer capacitándola para adquirir derechos como ciudadano íntegro, incluyendo el derecho al voto y la eliminación del velo.
- Prohibió la poligamia y otorgó a la mujer pleno derecho al divorcio legal.
- Aumentó la edad mínima para el matrimonio a 17 años para la mujer y 20 para el hombre.

- Eliminó barreras a la importación y venta de anticonceptivos y a la provisión de información sobre ellos.
- Legalizó el aborto por razones (no médicas) personales después del quinto hijo.
- Limitó las asignaciones oficiales para la familia a los primeros cuatro hijos.
- Estimuló la alfabetización, en especial la femenina.
- Legalizó la esterilización femenina.

Todos estos pasos, dados bastante antes del Programa Nacional de Planificación Familiar, fueron notables para ese tiempo, especialmente tratándose de un Estado musulmán. Aun hoy, las mejoras tan importantes en la condición de la mujer están bien adelantadas con respecto a las demás sociedades musulmanas. Las medidas fueron generalmente bien recibidas por la población, incluidos los líderes religiosos, lo que refleja la naturaleza política y cultural relativamente progresista de la sociedad tunecina. Los cambios constituyeron una base sólida para la iniciación de un programa nacional de planificación familiar.

Los comienzos

En el primer Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social del gobierno, iniciado en 1962, se señaló que debía reducirse el crecimiento demográfico con el fin de lograr objetivos sociales y económicos, aunque en la perspectiva de 10 años del plan se asumía que el crecimiento de la población disminuiría en línea con el desarrollo social y económico y sin la intervención del gobierno (Daly, 1966).

Las discusiones sobre la posibilidad de iniciar un intento oficial de planificación familiar empezaron a principios de 1962 entre un representante de la Fundación Ford que había trabajado en Pakistán y se había familiarizado con los primeros esfuerzos de planificación familiar en ese país, funcionarios oficiales de Túnez y el Consejo de Población (Mauldin, Berelson y Hardy, 1963). Los planificadores del desarrollo en el gobierno estaban preocupados también por el rápido crecimiento de la población. En el recuadro 4.1 se presenta una cronología de los principales eventos.

Después de una visita del personal del Consejo de Población en 1963, el gobierno preparó un plan preliminar para un programa experimental de planificación familiar. Un grupo de funcionarios importantes tunecinos visitó varios países asiáticos en 1963 y otro grupo visitó Estados Unidos en 1964, para asistir a la segunda Conferencia Internacional sobre el Dispositivo Intrauterino y sostener discusiones con varios expertos sobre políticas de población, planificación familiar y tecnologías anticonceptivas. A principios de 1964, se revisaron en un seminario nacional todos los aspectos sobre

la población y la planificación familiar. El seminario generó informes favorables de prensa y radio y en él participaron representantes de la Organización Nacional de la Mujer, los sindicatos y el Partido Neo-Destour. El presidente Bourguiba dio un discurso de mucho apoyo, haciendo énfasis en la necesidad de reducir el crecimiento de la población para lograr el desarrollo económico y social (Daly, 1966).

El programa experimental, 1964-66

La fase operativa del programa experimental empezó en 1964 con una encuesta nacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas relativas a la planificación familiar, la que mostró una fuerte demanda por parte de las mujeres con cuatro o más hijos para limitar el tamaño de su familia. El conocimiento y uso de la anticoncepción era generalmente bajo. El informe de la encuesta declaraba que “una gran proporción de las encuestadas manifiesta estar interesada en conocer los métodos de limitar la familia y declara que los utilizaría” (Morsa, 1966, p. 590).

El trabajo clínico sobre planificación familiar empezó en junio de 1964 con financiación de la Fundación Ford y asistencia técnica del Consejo de Población. (La Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional había iniciado antes un programa clínico de salud materna e infantil, incluyendo anticoncepción, en una pequeña zona rural). El programa lo administró el Ministerio de Salud con la dirección del doctor Amor Daly, el director médico, sin personal dedicado específicamente a la administración del programa. Se capacitó a médicos y parteras en técnicas anticonceptivas, haciendo énfasis en el dispositivo intrauterino (DIU) tipo Lippes. Durante la fase experimental se hizo énfasis en el DIU, con un enfoque secundario en anticonceptivos orales y poca atención a los métodos de barreras o esterilización.

Inicialmente se introdujo la planificación familiar en 12 clínicas y hospitales en los mayores centros urbanos. Al finalizar el período experimental en 1966, 39 centros ofrecían planificación familiar y varias unidades móviles habían empezado a realizar visitas semanales a centros remotos en la mayoría de las provincias, ofreciendo principalmente DIU. Los tres hospitales más grandes de Túnez tenían clínicas activas de planificación familiar y funcionaban como centros de capacitación para los trabajadores de la salud de todo el país.

Dos funcionarios médicos entusiastas en provincias relativamente rurales (Beja y Le Kef) organizaron grandes eventos semanales y reuniones de usuarias en aldeas para la inserción de DIU y transportaban algunas mujeres al hospital del distrito para los servicios, incluida la esterilización. Las células del partido Neo-Destour en estas dos provincias eran activas movilizándolo a la población local, suministrando información, transporte para las mujeres y citando los discursos del presidente Bourguiba

Recuadro 4.1 *Cronología sobre la población y la planificación familiar*

- 1956-61: Se aprueba legislación para mejorar la condición de la mujer, incluyendo el derecho al voto y la remoción del velo, la prohibición de la poligamia, aumento en la edad mínima para el matrimonio, provisión de derechos iguales para el divorcio, legalización del aborto después del quinto hijo y de la esterilización femenina.
- 1962: El Plan de Desarrollo Económico y Social a 10 años del gobierno urge una reducción en la tasa de crecimiento de la población para lograr objetivos económicos y sociales.
El gobierno y la Fundación Ford discuten colaboración relativa a temas de población.
- 1963: Funcionarios tunecinos visitan programas de población y planificación familiar en Asia.
El gobierno diseña un programa de planificación familiar experimental, haciendo énfasis en el dispositivo intrauterino.
- 1964: Funcionarios tunecinos visitan programas estadounidenses de población y planificación familiar y asisten a la Conferencia Internacional sobre el Dispositivo Intrauterino.
Se celebra una conferencia nacional sobre planificación familiar.
Se inicia el programa de planificación familiar experimental.
Se realiza una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas relativas a la planificación familiar.
Se inicia la asistencia técnica del Consejo de Población.
- 1965: Se inauguran las clínicas móviles de planificación familiar.
Se comprometen activamente el Partido Neo-Destour y la Unión Nacional de Mujeres.
- 1966: Se lanza el Programa Nacional de Planificación Familiar.
El presidente Bourguiba, en un discurso, expresa preocupación sobre reducir la tasa de crecimiento de la población en forma demasiado rápida.
El presidente Bourguiba firma la Declaración de las Naciones Unidas sobre Población.
- 1967: Se amplía la disponibilidad de los anticonceptivos orales.
Se inicia un programa de posparto.
Empieza la asistencia de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EUA.
- 1968: Se funda la Asociación Tunecina de Planificación Familiar.
El presidente Bourguiba expresa un fuerte apoyo a la planificación familiar.
- 1973: Se establece la Oficina Nacional para la Planificación Familiar y el Desarrollo.
Se fortalece la administración del Programa de Planificación Familiar, aumentando la variedad de métodos y mejorando la educación.
Se libera aún más la ley sobre aborto, eliminando restricciones anteriores.

(Editors, 1966). Este alto nivel de activismo político y una medida de presión política de mano dura fueron en ocasiones claramente coercitivas, pero no se generalizaron y no fueron parte del programa oficial del Ministerio de Salud. Las fuertes medidas del partido Neo-Destour se repitieron ocasionalmente en años posteriores. En el primer año del programa experimental, Beja y Le Kef realizaron casi la mitad del total de inserciones de DIU y el uso de unidades móviles para llegar a las áreas rurales sirvió de modelo para un extenso programa nacional que las utilizó años después.

A través de todo Túnez, la prensa y la radio fueron las fuentes primarias de información general sobre los temas de planificación familiar y población. La Organización Nacional de Mujeres también fue un defensor público. Más allá de eso, los esfuerzos de información y comunicación fueron extremadamente limitados y la información suministrada a las clientes fue inadecuada (Povey y Bros, 1968).

Al final del programa experimental, 27.817 mujeres habían visitado 39 clínicas y de ellas 18.523 recibieron DIU. Estos resultados, aunque modestos, representaron un comienzo significativo, pero rápidamente surgieron problemas como la administración débil, la falta de personal de salud y educativo, asesoría y atención de seguimiento deficientes, información y educación pública débiles, y poca evaluación. El fuerte énfasis en los DIU limitó indudablemente la elección individual y corrieron rumores negativos sobre este método. Las visitas de seguimiento eran inadecuadas y se dio poca importancia a la gestión de los efectos colaterales. Estas deficiencias contribuyeron sin duda a las actitudes negativas hacia el DIU que surgieron con el tiempo.

Casi toda la investigación y evaluación, limitada, se enfocó en el funcionamiento clínico del DIU (Brown y Sabbagh, 1965; Vallin y otros, 1968). Los estudios demostraron que el DIU era efectivo para más del 70% de las mujeres durante un año de uso y que los resultados generales eran semejantes a la experiencia internacional con los DIU en ese tiempo. En general, la fase experimental introdujo el concepto de planificación familiar y anticoncepción a la población y a los profesionales de la salud, movilizó instituciones nacionales y preparó la escena para el próximo programa nacional. No surgió ninguna oposición significativa al programa y la reacción al concepto de planificación familiar y su necesidad fue en general positiva.

El programa nacional, 1966-72

El Programa Nacional de Planificación Familiar se inauguró oficialmente en junio de 1966 y aunque se concibió como programa nacional, no hubo estructura administrativa de planificación familiar identificable dentro del Ministerio de Salud. Varios de sus funcionarios tuvieron alguna responsabilidad, pero todas las decisiones las tomaba el doctor Amor Daly, director médico, quien también soportaba la carga de

muchos otros deberes. Todos los servicios se prestaban sin cargo para la usuaria, incluyendo el aborto y la esterilización.

Los tres hospitales de la ciudad de Túnez continuaron ofreciendo servicios, incluido el suministro de anticonceptivos orales, la esterilización y el aborto. En cuanto al resto del país, donde era débil la infraestructura de salud, el programa dependió mucho de los equipos móviles de planificación familiar, uno por cada provincia. Cada equipo estaba conformado por un ginecólogo (a menudo por contrato, de Europa oriental o de la entonces Unión Soviética), una partera, una asistente de enfermería, un conductor y un dependiente. Cada equipo contaba con un vehículo con equipo médico y una mesa plegable para las inserciones de DIU. Los equipos visitaban las clínicas rurales y algunas veces las escuelas u oficinas del gobierno periódicamente, usualmente cada semana. El propósito principal era la inserción de DIU y muchas unidades no hacían nada más. Las que también distribuían preservativos y espermicidas vaginales y atendían los reclamos ginecológicos parecían tener mayor aceptación en las comunidades rurales. Los equipos fueron un experimento costoso y en general hubo un bajo nivel de demanda por sus servicios, en especial en las provincias rurales del sur y claramente no fueron efectivos en costos (Lapham, 1970). Debido a la baja demanda y los altos costos, se descontinuaron los equipos móviles en algunas provincias rurales del sur después de unos pocos meses. En 1967 se contó con disponibilidad de anticonceptivos orales para su distribución durante el programa, pero el personal de salud a menudo fue renuente a distribuirlos por su convicción de que las mujeres no los utilizarían con éxito. Se inició también en los mayores hospitales un programa de posparto, que suministró anticonceptivos e información sobre ellos a las mujeres antes e inmediatamente después del parto, el cual fue vinculado al Programa Internacional de Posparto del Consejo de Población (Lapham, 1970; Povey y Brown, 1968).

Apenas empezando el programa nacional ocurrió un retroceso en agosto de 1966. Un discurso del presidente Bourguiba pareció señalar un cambio de dirección cuando expresó: “Debemos tener hijos si no queremos ser una nación de viejos” (Povey y Brown, 1968, p. 621), lo que fue totalmente inesperado. Aparentemente se le había suministrado información imprecisa sobre la tasa de crecimiento de la población nacional y eso lo llevó a creer que la tasa había caído a 2,3%, mientras la tasa correcta era de 2,8%. Él concluyó que las parejas tunecinas debían aumentar la procreación y protegerse contra el ejemplo de Francia, con su baja fecundidad entre las dos guerras mundiales. Aunque se trató de un retroceso temporal, y probablemente desaceleró las primeras etapas del programa, parece ser que tuvo poco impacto a largo plazo. Como caso interesante, más o menos al mismo tiempo, el presidente Bourguiba fue uno de los 12 jefes de Estado que firmaron la Declaración de Población, declaración que fue desarrollada a iniciativa de John D. Rockefeller III y emitida por el secretario

general de las Naciones Unidas, U. Thant (Naciones Unidas, 1967). Esta declaración hacía énfasis en el problema del crecimiento no planeado de la población en el mundo y expresaba que la planificación familiar voluntaria iba a favor de los intereses vitales tanto de las naciones como de las familias.

A pesar del discurso del presidente, el programa nacional siguió adelante. Durante este período se fortalecieron algo la información y educación públicas, pero estuvieron limitadas a los esfuerzos educativos de las trabajadoras sociales y las trabajadoras de la Unión Nacional de Mujeres. Aunque el partido político continuaba activo, los esfuerzos de excesivo autoritarismo del período experimental fueron atenuados por el discurso del presidente, que fue sin duda un desarrollo positivo. Eventualmente se desplegaron equipos móviles de educación a pequeña escala paralelamente a las clínicas móviles, pero causaron poco impacto. En general, la educación y la información fueron débiles en las etapas iniciales del programa nacional, en parte porque el programa de educación en salud, que originalmente formó parte del Ministerio de Salud, fue transferido al Ministerio de Asuntos Sociales y contó sólo con bajos presupuestos y tuvo además una coordinación inadecuada. No obstante, la actitud del público hacia la planificación familiar se consideró cada vez más positiva y la anticoncepción se discutía en forma más abierta (Daly, 1969; Povey y Brown, 1968).

Otros desarrollos en este período fueron la creación de la Asociación Tunecina de Planificación Familiar en 1968, dirigida por la doctora Tawhida Ben Cheikh, la primera ginecóloga tunecina, y apoyada por la Federación Internacional de Planificación de la Familia. La asociación emprendió programas de promoción y educativos y contrarrestó algo de la oposición a la liberación de las leyes sobre el aborto. Otros grupos nacionales apoyaron en forma destacada el Programa Nacional de Planificación Familiar, entre esos el partido Neo-Destour, la Unión Nacional de Mujeres, líderes religiosos y los medios de comunicación (Gueddana, 2001).

Otros donantes, especialmente la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional y la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional, empezaron a ofrecer apoyo al programa. En años posteriores, el gobierno de Estados Unidos llegó a ser, de lejos, el mayor sustentador del programa.

Resultados

Lapham (1970, 1971) realizó un análisis de los resultados del programa desde su inicio en 1964 hasta 1969 y estimó que la tasa de natalidad bruta había decaído de 50 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes en 1964, a 43 en 1968. La mayor edad para el matrimonio fue el factor más importante en esta caída y el uso de la anticoncepción representó menos de la tercera parte de la caída. Como se muestra en el cuadro 4.1, el

número de aceptantes de anticonceptivos, aunque pequeño, aumentó en forma continua entre 1964 y 1969, con predominio del DIU, aunque también aumentó el uso de otros métodos (y del aborto). Esto es notable para demostrar los inicios de una amplia combinación de métodos anticonceptivos y una amplia variedad de elecciones que sigue caracterizando el Programa de Planificación Familiar de Túnez.

En general, el gobierno estimó que el programa fue exitoso en esta primera etapa, aunque fueron evidentes varias debilidades significativas, en especial en relación con el personal, la información y educación públicas, la administración, la consejería clínica y seguimiento de la atención, y la investigación y evaluación. Se prestó poca atención al sector privado, aunque casi ciertamente aumentaron en este período las ventas de anticonceptivos orales en las farmacias privadas. No obstante, el aumento sustancial en la edad mínima para el matrimonio promulgada por el presidente con anterioridad al inicio del programa causó claramente un impacto sustancialmente mayor en la tasa de natalidad que el Programa de Planificación Familiar (Ayad y Jamai, 2001).

Cuadro 4.1 Número estimado de aceptantes de anticonceptivos, 1964-69

Método	1964	1965	1966	1967	1968	1969
DIU	1.030	11.575	20.539	23.546	27.085	28.610
Anticonceptivos orales	0	183	140	431	2.884	4.212
Preservativos	1.055	521	310	298	1.295	1.654
Otros métodos de barrera	428	164	80	52	147	283
Esterilización femenina	278	604	1.263	1.855	3.200	4.481

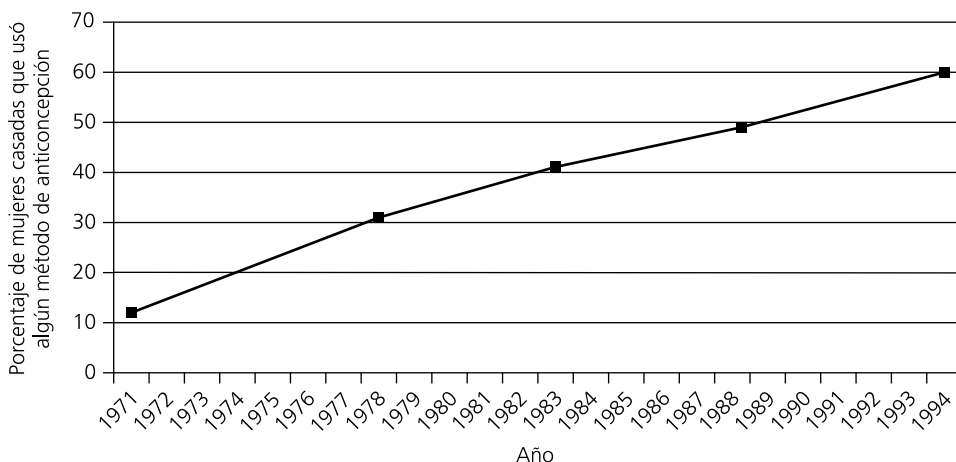
Fuente: Lapham, 1970.

Expansión del programa: 1973 hasta el presente

La creación de la Oficina Nacional de Planificación Familiar y Desarrollo en 1973 marcó la madurez del programa más allá de los servicios de planificación familiar y fortaleció mucho su capacidad (Gastineau y Sandron, 2000; Gueddana, 2001). Por primera vez se dedicó al programa personal profesional de tiempo completo. Se amplió el interés por incluir un enfoque en el bienestar social general, un mayor esfuerzo en capacitación, un esfuerzo significativo en investigación que incluyera investigación económica y social, un programa más general de información y educación pública, y atención a las políticas y legislaciones sociales y su impacto. El presidente Bourguiba renovó su apoyo a la planificación familiar e inauguró un premio anual en su nombre para su promoción.

Los servicios de planificación familiar clínica y capacitación se expandieron mucho y se ampliaron al sector privado. El gráfico 4.1 muestra el aumento continuo en el predominio de uso de anticoncepción de 12% en 1971 a 60% en 1994, es decir, un aumento promedio de 2,1 puntos porcentuales por año en 23 años, lo que estuvo bien por encima del promedio internacional.

Gráfico 4.1 Prevalencia del uso de anticonceptivos, 1971-94

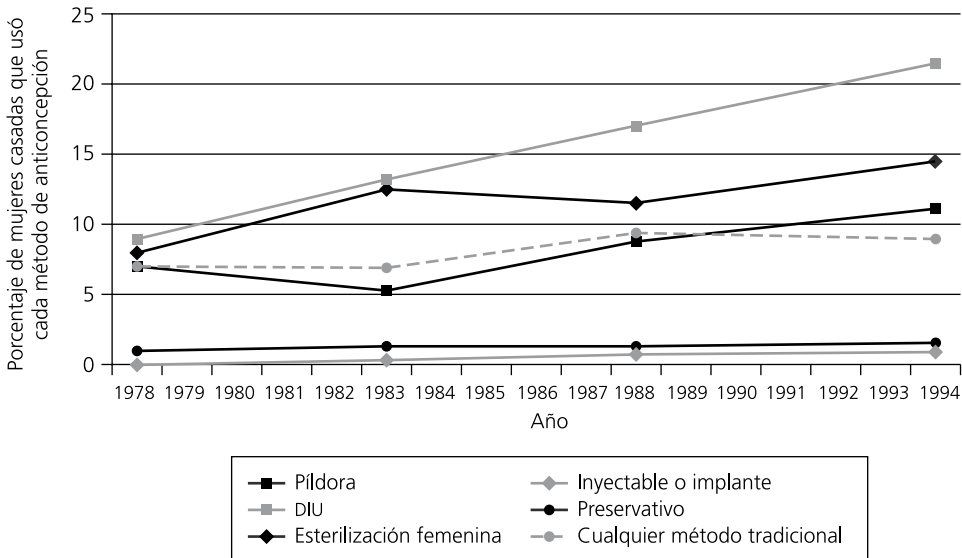


Fuente: encuestas nacionales.

El gráfico 4.2 demuestra la elección significativa de métodos anticonceptivos disponibles para las mujeres y hombres tunecinos, resultando una combinación inusualmente amplia de métodos. El DIU, la anticoncepción oral y la esterilización femenina se utilizaron extensamente entre 1978 y 1994 y también los preservativos y otros métodos estuvieron disponibles. La ley del aborto se liberó aún más en 1973 para eliminar cualquier restricción. El uso del preservativo aumentó ligeramente durante el período y estuvieron disponibles otros métodos de barrera, pero se utilizaron con poca frecuencia; la vasectomía nunca fue popular. De hecho, se dirigió poca atención hacia los hombres, incluyendo el programa de información y educación. Los métodos tradicionales siguieron teniendo algo de importancia y para 2002, tanto en Marruecos como en Túnez, el 60% de las parejas utilizaba algún método de anticoncepción, pero en Túnez el aumento fue más rápido y empezó un poco antes.

La adicional liberación de las leyes sobre seguridad social, aborto y esterilización femenina contribuyó a un aumento drástico en el alcance del programa y su profundidad. La Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional, el Banco Mundial, el

Gráfico 4.2 Métodos de anticoncepción utilizados



Fuente: encuestas nacionales.

Fondo de Población de las Naciones Unidas y otros donantes internacionales aumentaron en forma sustancial su apoyo financiero. Al experimentar Túnez cambios políticos y sociales significativos en los años ochenta, la Oficina Nacional de Planificación Familiar y Desarrollo continuó su expansión. En 1987, el presidente Ben Ali sucedió a Bourguiba, pero se mantuvo el apoyo al programa. En 2006, la tasa de fecundidad total había llegado a dos nacimientos por mujer, ya por debajo del nivel de reemplazo. Esta es la tasa más baja de cualquier país del continente africano y es inferior a la de la mayoría de los demás países en desarrollo (Population Reference Bureau, 2006). Así, en 40 años, Túnez ha cumplido completamente su objetivo de reducir la fecundidad y lograr bajas tasas de crecimiento de la población.

Las políticas sociales y económicas del gobierno contribuyeron ciertamente a la reducción de las tasas de fecundidad, en especial, como se anotó, el aumento en la edad mínima para el matrimonio. Indirectamente, el gran mejoramiento en la condición de la mujer y el aumento significativo en la educación tanto de hombres como de mujeres contribuyó de manera sustancial a la disminución en la fecundidad.

Influencia internacional

Al ser el Programa de Planificación Familiar de Túnez el primero del mundo árabe y el primero en el continente africano, se presentó y discutió con amplitud en eventos tan representativos como la primera Conferencia sobre Planificación Familiar Internacional, celebrada en Ginebra en 1965 (Berelson y otros, 1966) y la primera Conferencia Africana de Población, celebrada en Nigeria en 1966. Las políticas y esfuerzos pioneros de Túnez para mejorar la condición de la mujer fueron ampliamente notorios en las primeras etapas del programa y continúan llamando la atención internacional (Vallin y Locoh, 2001).

La primera influencia más obvia fue en el vecino Marruecos. Se realizaron intercambios entre funcionarios importantes de ambos países antes de que Marruecos lanzara su propio Programa Nacional de Planificación Familiar en 1966. En años posteriores, los intercambios técnicos entre los funcionarios tunecinos y los de los países francófonos de África subsahariana dieron como resultado seminarios estructurados de capacitación en tecnologías anticonceptivas realizados en Túnez para clínicos de varios países francófonos africanos.

Reflexiones sobre las primeras políticas sociales y de población de Túnez

Las políticas y leyes de liberación social posteriores a la independencia iniciadas por el presidente Bourguiba fueron únicas en el mundo musulmán y fundamentalmente importantes para preparar la escena para el exitoso Programa Nacional de Planificación Familiar. Ningún otro país en desarrollo había formulado y promulgado un conjunto tan completo de políticas, leyes y acciones administrativas para mejorar la condición de la mujer, promover la alfabetización, estimular una norma de familia pequeña, mejorar las condiciones económicas y aumentar el acceso a la anticoncepción, la esterilización y el aborto. Aun 40 años después, pocos países cuentan con una política de población tan completa.

Especular sobre qué indujo al presidente Bourguiba a emprender una política tan liberal de población y desarrollo social es una tentativa interesante. Durante una visita a Túnez en 1966, John D. Rockefeller III, presidente de la junta de directores del Consejo de Población, y Frank Notestein, presidente del mismo, se reunieron con el presidente Bourguiba. Rockefeller felicitó al presidente por su política de población de mucha visión y le preguntó cómo había desarrollado sus ideas. Bourguiba replicó: *J'ai de baggage dans ma tête* ("tengo mucho cerebro") (declaración del presidente Bourguiba a John D. Rockefeller III, primavera de 1966, grabada por el autor).

Si bien esta enigmática respuesta no fue reveladora, algunos años después un periodista escribió que “cuando Bourguiba era un niño, su madre murió dando a luz a su octavo hijo y el niño nunca olvidó su pérdida ni la razón de ella”¹ (Geyer, 2000, p. 1). Cualesquiera hayan sido las influencias que recibió, o quizás a causa de su propia brillantez, el compromiso consistente de Bourguiba durante muchos años con el desarrollo social, los derechos de la mujer y la planificación familiar tuvieron un efecto importante en las políticas y programas de población en Túnez y más allá de Túnez.

Conclusiones

La etapa experimental del Programa Nacional de Planificación Familiar en 1964 y su temprana expansión en 1966 proporcionaron una sólida base y prepararon la escena para el esfuerzo más integral que empezó en los años setenta. Una política fuerte de población y desarrollo social puesta en vigor mucho antes del programa experimental en 1964 fue de enorme importancia para fijar los puntales y preparar al público para la planificación familiar. La introducción de nuevas tecnologías anticonceptivas, en especial el DIU, fue un elemento clave. La disponibilidad de otros métodos, incluyendo los anticonceptivos orales, la esterilización y el aborto fue notable también. Los principios fueron modestos e inseguros y se cometieron errores, pero el programa recibió un fuerte apoyo político de los niveles más altos y se hicieron correcciones creativas a su desarrollo con los años. Como resultado, durante más de 40 años la prevalencia de uso de anticoncepción en Túnez aumentó de menos del 10% de las mujeres casadas en edad reproductiva, a más del 60%; la tasa de fecundidad total ha disminuido de seis nacimientos por mujer a dos, lo que está por debajo del nivel de reemplazo y la tasa de crecimiento de la población ha disminuido de 2,8% a 1,1% (Population Reference Bureau, 2006).

Al expandirse en forma continua el Programa de Planificación Familiar, los importantes cambios en la sociedad causaron un gran impacto en la fecundidad y la aceptación de la planificación familiar, incluyendo el aumento en la edad para el matrimonio, la reducción en la mortalidad y una mejoría rápida en la educación, en especial la femenina (Vallin y Locoh, 2001). El notable éxito y creatividad tunecinos en relación con la política de población y desarrollo, y la implementación de la planificación familiar, han establecido un ejemplo importante para otros países de la región y alrededor del mundo.

1 Geyer Sëller, G. A., “Habib Bourguiba’s Original Thinking Led to Tunisia’s Success”. UExpress Syndicate. <http://www.bourguiba.com>.

Referencias

- Ayad, M. y H. Jamaï. 2001. "Les Déterminants de la Fécondité." En *Population et Développement en Tunisie*, ed. J. Vallin y T. Locoh, 171–202. París: Ceres Éditions.
- Berelson B., R. K. Anderson, O. Harkavy, J. Maier, W. P. Mauldin y S. J. Segal, eds. 1966. *Family Planning and Population Programs*. Chicago: University of Chicago Press.
- Brown, G. F. y G. Sabbagh. 1965. "L'Efficacité de la Contraception Intra-utérine en Milieu Tunisien." *La Tunisie Médicale* 44 (5): 318–21.
- Daly, A. 1966. "Tunisia." En *Family Planning and Population Programs*, ed. B. Berelson, R. K. Anderson, O. Harkavy, J. Maier, W. P. Mauldin y S. J. Segal, 151–62. Chicago: University of Chicago Press.
- . 1969. "Tunisia: The Liberation of Women and the Improvement of Society." En *Family Planning Programs: An International Survey*, ed. B. Berelson, 113–24. Nueva York: Basic Books.
- Editors. 1966. "Tunisia: The Role of the Political Party." *Studies in Family Planning* 1 (13): 5–6.
- Gastineau, B. y F. Sandron. 2000. *La Politique de Planification Familiale en Tunisie, 1964–2000*. París: Ceres Éditions.
- Gueddana, N. 2001. "L'expérience du Programme de Planification Familiale (1956–1996)." En *Population et Développement en Tunisie*, ed. J. Vallin and T. Locoh, 202–32. París: Ceres Éditions.
- Lapham, R. J. 1970. "Family Planning and Fertility in Tunisia." *Demography* 7 (2): 241–53.
- . 1971. "Family Planning in Tunisia and Morocco: A Summary and Evaluation of the Recent Record." *Studies in Family Planning* 2 (7): 101–110.
- Mauldin, W. P., B. Berelson y J. Hardy. 1963. "Tunisia: Proposed Family Planning Program." *Studies in Family Planning* 1 (2): 3–4.
- Morsa, J. 1966. "The Tunisia Survey: A Preliminary Analysis." En *Family Planning and Population Programs*, ed. B. Berelson, R. K. Anderson, O. Harkavy, J. Maier, W. P. Mauldin S. J. Segal, 581–94. Chicago: University of Chicago Press.
- Naciones Unidas. 1967. "Declaration of Population." *Studies in Family Planning* 1 (16): 1–12.
- Population Reference Bureau. 2006. *World Population Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Povey, W. G. y G. F. Brown. 1968. "Tunisia's Experience in Family Planning." *Demography* 5 (2): 620–26.

- Vallin J., M. Limaim, G. Brown y G. Sabbagh. 1968. "L'Efficacité de la Contraception Intra-utérine dans le Gouvernorat du Kef (Tunisie)." *La Tunisie Médicale* 46 (2): 121–30.
- Vallin J. y T. Locoh. 2001. "Les Leçons de l'Expérience Tunisienne." En *Population et Développement en Tunisie*, ed. J. Vallin y T. Locoh, 569–82. París: Ceres Éditions.

5

Marruecos: primeros pasos en planificación familiar

George F. Brown

Marruecos, uno de los países que hace parte del Magreb árabe, está situado en la esquina del noroeste de África. En 1966, al iniciarse las actividades de planificación familiar, la población de Marruecos era de 13 millones y para 2005 había crecido a 30 millones. Su población es casi en su totalidad musulmana (99%) y gran parte de ella habla el árabe; minorías significativas hablan varias lenguas berberiscas en la región montañosa del Atlas. Marruecos, en conjunto con sus países vecinos del Magreb, Argelia y Túnez, fue colonizado por los franceses en 1912 y España colonizó también la parte norte del país. Alcanzó la independencia en 1956. Marruecos es principalmente una sociedad agraria y, en los tiempos de la independencia, la alfabetización era baja, con un promedio de 18% en los hombres y de 2% en las mujeres en las zonas rurales, aumentando a 41% para los hombres y a 17% para las mujeres en las urbanas. La edad para el matrimonio era también baja, especialmente en las zonas rurales, promediando 15,5 años en las mujeres y 22,3 años en los hombres.

Políticamente, Marruecos es una monarquía con un parlamento que en gran parte la apoya. Es primariamente un Estado de un partido, si bien existe una oposición política limitada y la intranquilidad política ha sido significativa, en especial en los años setenta, cuando tuvo lugar un intento fallido de derrocar la monarquía. El rey es el jefe espiritual y religioso de este país religiosamente conservador.

En 1966, la tasa de fecundidad total era de 7,2 nacimientos por mujer y las tasas de mortalidad disminuían, aunque eran aún relativamente altas. La tasa de crecimiento de la población en 1966 se estimó en 3,2%.

Principios

Las preocupaciones del gobierno sobre el alto crecimiento de la población tuvieron origen en un análisis de 1965 efectuado por el Ministerio de Planeación Económica en el que se estimaron las repercusiones económicas del rápido crecimiento de la

población en la educación, la vivienda, el empleo y otros sectores del desarrollo. El análisis incluyó también proyecciones de población basadas en una disminución de la tasa de nacimientos y demostró las enormes ganancias económicas que se obtendrían si se redujera la tasa de crecimiento a 2,5% para 1985 (Brown, 1968; Castadot y Laraqui, 1973; Reino de Marruecos, 1965). Al mismo tiempo, una misión del Banco Mundial en Marruecos subrayó que el crecimiento de la población era igual o aun excedía al crecimiento económico. Un elemento de igual importancia fue la influencia de las políticas de población de su vecino Túnez y su Plan Nacional de Planificación Familiar, que había empezado en 1964. Se efectuaron visitas de intercambio entre funcionarios importantes de planeación del desarrollo y de salud de los dos países en 1965 (Brown, 1968). El recuadro 5.1 presenta una cronología de los principales eventos.

Los contactos con el personal de la Fundación Ford y el Consejo de Población trabajando en Túnez llevaron a la obtención de una donación inicial de la fundación y de apoyo técnico del consejo en 1966, y un grupo de médicos marroquíes fue a Europa a capacitarse en anticoncepción con apoyo de la Federación Internacional de Planificación de la Familia. En el mismo año, el Ministerio de Salud inició los primeros servicios de planificación familiar y celebró un seminario nacional sobre el tema. En esa reunión, el ministro de salud hizo algunos pronunciamientos importantes (Castadot y Laraqui, 1973) y subrayó las sustanciales ganancias en salud que se obtendrían con el espaciamiento de los nacimientos; el ministro de desarrollo recalcó la necesidad de un esfuerzo nacional para reaccionar por la alta fecundidad y por las necesidades relacionadas de salud pública, y de reducir el crecimiento de la población para lograr el progreso económico y social y mejorar la salud de la mujer (Castadot y Laraqui, 1973). También en 1966, el rey Hassan II fue uno de los doce jefes de Estado que firmaron la Declaración de las Naciones Unidas sobre Población (Naciones Unidas, 1967).

En adición, mediante un decreto real de 1966 se creó la Alta Comisión sobre Población y las comisiones provinciales y, aun cuando estas comisiones se reunieron raras veces, su creación reflejó la conciencia de la necesidad de involucrar a los altos niveles de la sociedad y el gobierno. Como acción práctica más inmediata, se derogó en 1967 una ley de la época colonial que impedía la venta de anticonceptivos (Brown, 1968; Castadot y Laraqui, 1973).

La primera encuesta nacional de planificación familiar

Con el fin de determinar el conocimiento, las actitudes y las prácticas en relación con la planificación familiar, el gobierno realizó una encuesta urbana en 1966 y una rural

Recuadro 5.1 *Cronología de población y planificación familiar, 1965-71*

- 1965: La Comisión de Planeación efectúa un análisis de proyecciones de población, su impacto sobre ciertos aspectos de la economía y la solución propuesta, con apoyo técnico de las Naciones Unidas.
Tienen lugar discusiones iniciales entre funcionarios de los gobiernos marroquí y tunecino sobre población y planificación familiar.
El Ministerio de Salud obtiene suministros de anticonceptivos e inicia discusiones con la Fundación Ford, el Consejo de Población y la Federación Internacional de Planificación de la Familia.
El primer grupo de personal técnico asiste a cursos de capacitación en Bruselas y Londres, patrocinados por la Federación Internacional de Planificación de la Familia.
- 1966: Se inauguran las primeras clínicas de planificación familiar. El Ministerio de Salud solicita a cada provincia establecer servicios de planificación familiar, haciendo énfasis en los dispositivos intrauterinos (DIU).
La Fundación Ford otorga al gobierno una donación para suministros, equipos y asistencia técnica para planificación familiar.
Se crean por decreto real la Comisión Nacional de Población y las comisiones provinciales.
El rey Hassan II firma la Declaración de las Naciones Unidas sobre Población.
Se celebra un seminario nacional sobre planificación familiar en Rabat con amplia publicidad.
Se realiza un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en zonas urbanas con asistencia de la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional.
El Consejo de Población provee personal residente para asistencia técnica.
- 1967: Un decreto real deroga la ley de la era colonial que prohibía los anticonceptivos.
Se extienden los servicios de planificación familiar a todas las provincias.
Se efectúa un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en zonas rurales, también con asistencia de la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional.
- 1968: La Comisión Nacional de Población celebra su primera reunión.
El Plan Quinquenal de Desarrollo (1968-72) hace énfasis en la importancia de reducir las tasas de crecimiento de la población e incluye un intenso programa de planificación familiar, con el objetivo de reducir la tasa de natalidad en 10% e insertar 500.000 DIU en cinco años.
Se inicia la evaluación del programa.
Se inicia la capacitación en planificación familiar a asistentes de salud.
Se inicia la distribución de anticonceptivos orales en los centros de salud.
- 1969: Se nombra al primer director médico de planificación familiar de tiempo completo y se realizan actividades para vigorizar el programa.

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 5.1)

Se inicia un programa comercial subsidiado de ventas de preservativos a través de puntos de venta de tabaco en Casablanca.

Se refuerza el énfasis en los anticonceptivos orales.

La Agencia para el Desarrollo Internacional de EUA inicia su apoyo financiero y técnico al Programa de Planificación Familiar.

1970: El Ministerio de Planeación Económica urge el fortalecimiento rápido del programa y la vinculación de todos los médicos.

La princesa Lalla Fatima Zohra, presidenta de la Asociación Marroquí de Mujeres preside una reunión pública sobre planificación familiar en Rabat.

Se abandona el programa de asistentes de salud para planificación familiar y se asigna la responsabilidad de la educación a todo el personal de la salud.

Se abandona la distribución de preservativos a través de puntos de venta de tabaco debido a la falta de demanda.

El ministro de finanzas anuncia la expansión del Programa de Planificación Familiar en una reunión de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos en París. El gobierno aumenta las asignaciones presupuestales para planificación familiar.

1971: El Movimiento Francés de Planificación Familiar organiza un seminario nacional.

Se crea la Asociación Marroquí de Planificación Familiar, presidida por la princesa Lalla Fatima Zohra. La Federación Internacional de Planificación de la Familia proporciona asistencia.

La evaluación revela que sólo se cumple el 20% del objetivo del plan nacional, de las aceptantes de DIU y píldora en conjunto y que se está atendiendo a menos del 1% de las mujeres en edad reproductiva.

en 1967, así como también una más pequeña en una región cercana a Rabat, para las que la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional suministró apoyo. Estas encuestas revelaron generalmente actitudes favorables hacia la planificación familiar, en particular por parte de las mujeres con tres o más hijos, pero el conocimiento y las prácticas en relación con la planificación familiar eran extremadamente limitados. Mientras la mayor parte de las mujeres con tres o más hijos indicó que no deseaba tener más, muchas expresaron reticencia a experimentar con algún método de planificación familiar, mencionando preocupaciones religiosas, culturales y maritales, como también falta de información y rumores negativos sobre los anticonceptivos (Reino de Marruecos, 1970; Lapham, 1970). En general, los funcionarios del gobierno se vieron estimulados por el grado de interés de las parejas marroquíes y su disposición a ofrecer su opinión sobre temas que hasta entonces se habían considerado demasiado sensibles, incluso para que los entrevistadores los presentaran. El

desafío de aumentar el nivel de conocimiento y de poner a disponibilidad los métodos de planificación familiar fue intimidante, pero se consideró que era superable.

El programa inicial de planificación familiar, 1966-70

Para el Programa Nacional de Planificación Familiar que se inició en 1966 se responsabilizó al Ministerio de Salud y el programa se integró al sistema de servicios de salud pública en la División de Servicios Técnicos del ministerio, por lo que no recibió una dirección dedicada a él ni tampoco un sólido manejo administrativo. Los funcionarios del ministerio pensaron que era esencial la completa integración de la planificación familiar a los servicios generales de salud para maximizar los recursos disponibles sin duplicación de funciones y asegurar procedimientos médicos responsables. Se establecieron los servicios en los centros urbanos de salud en la mayoría de las 20 provincias y en varias ciudades grandes. En Casablanca, la ciudad más grande, se establecieron centros múltiples y para 1968 se ofrecían en 110 de dichos centros los servicios de planificación familiar como parte de sus operaciones generales de salud pública. En unas pocas provincias se estableció un número limitado de centros rurales (Brown, 1968).

Inicialmente, el programa se basó casi totalmente en el dispositivo intrauterino tipo Lippes. Al principio, el ministro de salud declaró que no iniciaría el Programa de Planificación Familiar sin disponibilidad de DIU, ya que pensaba que solo este método de acción duradera sería el adecuado y lo usarían con eficacia las mujeres marroquíes (Larbi Chraibi, comunicación personal con George Brown, 1966). Los anticonceptivos orales se agregaron un año después de estar en marcha el programa inicial, pero sólo a un nivel modesto, entregando cada médico un ciclo de píldoras en la visita inicial a la clínica e indicando a la paciente que debía comprar los ciclos siguientes en la farmacia. Al principio, muchos médicos (la mayor parte franceses o de otros países europeos) se opusieron a los anticonceptivos orales, temiendo efectos colaterales y la presunta dificultad para las mujeres marroquíes de tomarlos en forma continua. Los anticonceptivos orales estuvieron disponibles en las farmacias, pero no se hizo esfuerzo de colaborar con ellas para estimular las ventas o disminuir los precios. En 1968, las clínicas empezaron a ofrecer tres ciclos de píldoras a las clientas y en algunos centros hubo disponibilidad de preservativos y espermicidas vaginales, pero no se promovieron en forma activa. La esterilización femenina se realizó con poca frecuencia, la vasectomía no estaba disponible y el aborto era ilegal y por eso no se registraba.

En 1966, la estructura de los servicios de salud de Marruecos era débil y éstos eran limitados en las zonas rurales; la gran mayoría del personal de la administración y los

servicios públicos de salud eran expatriados de Francia y Europa oriental. Durante varios años, a medida que se capacitaba más personal de Marruecos, mejoró en forma gradual la situación, pero al principio ésta fue una limitación significativa. Gran parte de los médicos europeos no se había capacitado en planificación familiar y a menudo eran aún más conservadores y poco dispuestos a prestar servicios de anticoncepción que los médicos marroquíes. En forma semejante, los departamentos de Educación en Salud y Estadística del Ministerio de Salud eran débiles y la investigación muy limitada. El esfuerzo de educación en planificación familiar se limitó a comunicaciones a las clientas en las clínicas, con poca o ninguna publicidad en la prensa u otros medios de comunicación. De hecho, el programa fue casi invisible para el público, reflejando un enfoque conservador y tentativo sobre la materia. La recién establecida escuela de medicina estuvo estrechamente ligada al sistema universitario francés y el primer decano de medicina se opuso a incluir la planificación familiar en el plan de estudios. No se realizó investigación clínica hasta 1969, cuando se sometieron a prueba otros tipos de DIU en forma limitada y experimental.

Las primeras aceptantes de DIU en los iniciales dos años del programa tenían, en promedio, 30,8 años de edad y 5,3 hijos, de manera que las clientas atendidas fueron en su mayoría mujeres que habían llegado al final del número deseado de hijos, pero que aún tenían un número sustancial de años potenciales de embarazo. No se realizó un esfuerzo especial para llegar a mujeres más jóvenes y los servicios sólo estaban disponibles para las mujeres casadas (Brown, 1968).

Educación e información sobre planificación familiar

Los funcionarios del Ministerio de Salud pronto reconocieron que la educación inadecuada de las clientas y de la población en general era una de las grandes debilidades del programa. En 1968, el ministerio inició un programa especial para capacitar a 35 asistentes de salud entre los recién graduados de la escuela de enfermería. El curso intensivo de 14 semanas incluía capacitación teórica y práctica. Se asignaron entonces los asistentes de salud en equipos a centros regionales de salud en cinco ciudades grandes, donde suministraban información a clientas potenciales en clínicas de salud materno-infantiles. Sin embargo, el programa de asistentes de salud tuvo problemas significativos: los asistentes eran jóvenes; se escogieron en forma arbitraria y no fueron voluntarios; los clientes eran en su mayoría mujeres, pero la mitad de los asistentes de salud eran hombres; y el personal de salud y los supervisores que se asignaron posteriormente a los asistentes no estaban suficientemente capacitados (Garnier, 1969). El programa de asistentes de salud fue abandonado después de un año y los asistentes se reasignaron a los grupos base del Ministerio de Salud. En 1969,

se realizaron seminarios para los profesores de las escuelas de enfermería y se integró la planificación familiar al plan de estudios de las escuelas. Quedaba aún por abordar la tarea más difícil de capacitar a la mayor parte del personal de salud.

Además de este modesto intento de información y educación, el ministerio produjo folletos y gráficas para su uso en las clínicas de salud, y una película. En los tres primeros años del programa, no hubo declaraciones públicas ni apoyo de los niveles superiores del gobierno, lo que pareció cohibir cualquier discusión pública seria sobre la planificación familiar. Aun cuando el rey Hassan II firmó la Declaración de las Naciones Unidas sobre Población en 1966, no hizo mención de la planificación familiar o de la población en ninguno de sus discursos en el país. La mayoría de los funcionarios de alto nivel del gobierno siguió su ejemplo y la prensa estuvo en gran parte callada. Esto empezó a cambiar en mayo de 1970, cuando la princesa Lalla Fatima Zohra, presidenta de la Unión Nacional de Mujeres Marroquíes, presidió una reunión pública sobre planificación familiar en Rabat y a principios de 1971, cuando se realizó un seminario en Rabat patrocinado por el Movimiento Francés de Planificación Familiar, que fue muy publicitado en la prensa de Marruecos (Lapham, 1971).

En 1971 se estableció la Asociación Marroquí de Planificación Familiar con asistencia de la Federación Internacional de Planificación de la Familia. Su propósito fue educar e informar al público distribuyendo materiales sobre planificación familiar, y tuvo éxito en manifestarse públicamente sobre la planificación familiar mientras el gobierno permanecía débil o silencioso. La Unión Nacional de Mujeres Marroquíes ayudó también a informar a las mujeres publicando artículos sobre planificación familiar en su revista semanal de noticias y organizando reuniones (Castadot y Laraqui, 1973).

Cambios estructurales

Un cambio administrativo importante y positivo se efectuó en 1969 con la creación de un cargo: un funcionario superior dedicado que se responsabilizaría por el programa general. El doctor Abdelkader Laraqui fue nombrado secretario general y director nacional del Programa de Planificación Familiar. Inicialmente no se le dio apoyo significativo de personal, pero la decisión de crear su puesto constituyó un reconocimiento de que era necesario un mayor esfuerzo para dar energía al programa. Inicialmente, la oficina de Laraqui envió directivas a los funcionarios médicos provinciales para mejorar los intentos de planificación familiar, pero con capacidad y recursos limitados para implementarlos. Algunos directores regionales fueron más entusiastas que otros, de modo que el resultado fue un intento de programa bastante disparejo (Lapham, 1971).

Las estadísticas del servicio se elaboraron en forma más estructurada y sistemática en el Departamento de Estadística del Ministerio de Salud y se inició una pequeña cantidad de investigación de evaluación, pero quedaron por desarrollar intentos más completos de investigación y evaluación.

Ventas comerciales de anticonceptivos

Los anticonceptivos orales habían estado disponibles comercialmente desde el principio del programa, pero eran relativamente costosos y probablemente los compraron al principio en pequeñas cantidades las mujeres urbanas de clase media y las extranjeras. Las ventas aumentaron gradualmente al madurar el programa y un mayor número de mujeres recibió el primer ciclo de píldoras en las clínicas públicas de salud. Los precios también bajaron un tanto, pero el Programa de Planificación Familiar no hizo esfuerzo por colaborar directamente con las farmacias o por buscar reducciones en los precios. Los estimados indican que las ventas de anticonceptivos orales en las farmacias aumentaron de 10.000 ciclos por mes en 1966 a 53.000 ciclos por mes en 1970 (Lapham, 1971).

En 1969, el gobierno inició un intento pionero de mercadeo social para introducir ventas subsidiadas de preservativos a través de la Junta Nacional de Tabaco, una empresa pública cuasi autónoma que tenía el monopolio de las ventas de tabaco en todo el país. La iniciativa estuvo informada tempranamente de los esfuerzos de mercadeo social de preservativos en la India. El Ministerio de Salud suministró a la Junta Nacional de Tabaco más de 1 millón de preservativos para su venta a bajos precios (US\$0,04 por tres preservativos) a través de 633 puntos de venta en Casablanca. Aunque los ejecutivos superiores de la Junta Nacional de Tabaco estuvieron dispuestos a realizar la distribución, no hicieron esfuerzos de publicitar el programa, instruir a los minoristas o proveer información en los puntos de venta, y el Ministerio de Salud tampoco hizo esfuerzos para apoyar o estimular los intentos informativos. Como resultado, sólo se vendieron 100.800 preservativos en el primer año y el programa fue abandonado (Castadot y Laraqui, 1973). Claramente este programa sufrió del mismo problema que el intento de planificación familiar como un todo: falta de información y reticencia de salir al público con nuevas iniciativas en un campo considerado como sensible. Pasaron otros 20 años antes de poner a funcionar otro programa renovado y exitoso de mercadeo social para preservativos.

Plan de población y desarrollo, 1968-72

En 1968, el Ministerio de Planeación Económica publicó su Plan Quinquenal (1968-72) y señaló algunos objetivos bastante ambiciosos para el cambio demográfico y la

planificación familiar. Como se anotó en el plan (Reino de Marruecos, 1968, citado y traducido por Castadot y Laraqui, 1973, p. 5), “la población marroquí está creciendo muy rápidamente. Es posible vislumbrar las consecuencias a largo plazo de este crecimiento –mayor desempleo y sobrepoblación en las ciudades– de no remediarse con medidas adecuadas. Es vital poner en acción con la mayor velocidad una política demográfica compuesta por los siguientes puntos:

- Implementación de una política de planificación familiar.
- Creación de nuevas oportunidades de trabajo.
- Creación de un plan de renovación urbana incluyendo la rehabilitación de tugurios.
- Creación de una política temporal de emigración.

En la política demográfica se preveía una disminución gradual de la tasa de natalidad de 50 a 45 nacimientos por 1.000 habitantes para 1972 y a 35 para 1985. También se preveía elevar la edad mínima para el matrimonio a 18 años para la mujer y a 21 para el hombre y la introducción de reformas legales en relación con la asistencia familiar. (En 1972 estas reformas aún no se habían implementado). Para obtener estos objetivos demográficos, el plan exigía el fortalecimiento del Programa de Planificación Familiar y un programa de educación pública con objetivos muy ambiciosos: insertar 500.000 DIU durante el período del plan y contar con amplia disponibilidad de anticonceptivos orales y de otras clases. Se contrataría un cuerpo de 600 motivadores, hombres y mujeres, y se propuso la financiación sustancial para realizar estas tareas.

La presentación de estos objetivos en el plan no se tradujo a la acción; se realizó poca implementación explícita del programa, por lo menos inicialmente, y el Ministerio de Salud no recibió un aumento significativo de recursos financieros oficiales. En ese tiempo, la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional inició su primera donación al ministerio para apoyar el nuevo plan y de ahí en adelante aumentó continuamente su asistencia, convirtiéndose pronto en el donante internacional de mayor importancia (Hajji y otros, 2003).

Claramente los objetivos del plan eran completamente irrealistas, en especial el de los DIU, que representaba más de 10 veces el número anual de inserciones logradas en los primeros años del programa. El plan también reforzó el énfasis casi total en el DIU sobre los demás anticonceptivos. No obstante, el Plan Quinquenal adelantó en forma inequívoca un fundamento fuerte para disminuir el crecimiento de la población y extender las actividades de planificación familiar. La falla del plan para traducir las recomendaciones a la implementación práctica resultó ser un patrón que se repitió en años siguientes.

Resultados

En los primeros cinco años del programa (1966-70) se logró un lento, pero continuo, aumento en el uso de anticonceptivos. Como se muestra en el cuadro 5.1, el número total de aceptantes aumentó a 25.067 en 1970 y el temprano énfasis en el DIU se modificó en forma tal que para 1970 más aceptantes usaban anticonceptivos orales. De hecho, puesto que el cuadro no incluye ventas comerciales de anticonceptivos orales, se subestima por eso el uso de este método. Otros métodos, inclusive la esterilización y el uso de preservativos, presentaron bajos niveles de uso (Lapham, 1971).

El programa se quedó muy corto en el logro de los objetivos optimistas preparados en el Plan Quinquenal 1968-72. Lapham (1971) estimó que para 1970 el programa había llegado sólo al 0,9% de las mujeres en edad reproductiva, lo que representaba muy pocas mujeres como para causar un impacto en la tasa de natalidad.

Los bajos niveles de uso de DIU reflejaron un seguimiento deficiente y un gran número de abandonos del programa, estimado en el 60% para 1972 (Robbins y otros, 1976). Las mujeres no recibieron información adecuada sobre efectos colaterales y las expulsiones de DIU dieron como resultado embarazos y rumores negativos, desacreditando aún más el método. Se hizo evidente que la mayoría de las mujeres prefería anticonceptivos orales aunque tuvieran que comprarlos en la farmacia. Para 1972, se registraron más de 19.000 aceptantes de anticonceptivos orales en comparación con sólo 3.500 aceptantes de DIU. Así, el patrón de preferencia por los anticonceptivos orales se estableció en forma temprana en el programa, a pesar del gran énfasis del gobierno en el DIU.

Administrativamente, el programa se introdujo en las 20 provincias, con por lo menos una parte del personal de salud capacitada. Varios directores médicos provinciales fueron activos y organizaron capacitación y servicios significativos, especialmente en las grandes ciudades. Otros jefes provinciales fueron mucho más lentos y

Cuadro 5.1 Número estimado de aceptantes de anticonceptivos, 1966-70

Método	1966	1967	1968	1969	1970
DIU (primera inserción)	6.427	5.036	6.520	10.987	9.763
Anticonceptivos orales ^a	—	—	—	9.257	14.275
Preservativos ^a	—	—	—	1.060	1.029
Total	6.427	5.036	6.520	21.304	25.067

Fuente: Brown, 1968, 1969; Lapham, 1971.

Nota: — = no disponible.

a. Solo el sector público.

más conservadores. Así, el programa fue bastante disparejo en cuanto a la disponibilidad de los servicios y el número de aceptantes. Con pocas excepciones los servicios fueron débiles o inexistentes en las zonas rurales. Como se anotó, la información y la educación virtualmente fueron inexistentes en todo el país y se abandonaron los intentos de utilizar asistentes de salud y el programa de prueba de mercadeo social de preservativos. Se habían creado los principios de una estructura de administración central de la planificación familiar, pero no se había creado una estructura administrativa o estadística fuerte. Apenas había empezado la capacitación de personal de salud y estudiantes de ciencias de la salud en planificación familiar.

En general, los resultados de los primeros cuatro años fueron modestos, pero no obstante significativos, considerando la cultura profundamente religiosa y conservadora del país, aunque aún demasiado pequeños para causar impacto en la fecundidad. Digno de mención especial fue el Ministerio de Planeación Económica, que continuamente hizo énfasis en el crecimiento de la población y la planificación familiar como componentes clave del proceso de planeación del desarrollo. Los servicios ofrecidos por el Ministerio de Salud fueron limitados, aunque mostraron algún progreso modesto, y el número de aceptantes de planificación familiar aumentó gradualmente, lo que es notable dada la ausencia de cualquier programa organizado de información.

Desarrollos del programa, 1971 al presente

El programa se expandió en forma significativa en la última parte de los años setenta y en los años ochenta debido al mayor compromiso del gobierno y a los mucho mayores niveles de apoyo externo, en especial de la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional. Este mayor esfuerzo del programa fue estimulado por un informe de consultoría de la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional (Robbins y otros, 1976) que subrayó los logros del programa y sus deficiencias. En el informe se anotó que el número de mujeres que llegaban a la edad reproductiva sobrepasaba el modesto nivel de aceptantes de nuevos anticonceptivos y que el programa aún no lograba ningún impacto significativo en la fecundidad, y se recomendó un nivel de compromiso mucho mayor por parte del gobierno.

El programa inició su despegue en los años ochenta con el establecimiento de estructuras fuertes centrales y provinciales, cobertura mucho más completa de servicios, mayor capacitación de personal de salud y mucho más información y educación públicas. El aumento continuo de profesionales de salud recién graduados marroquíes y el resultante desplazamiento de médicos expatriados le dio un impulso importante al programa. Un sistema completo de visitas al hogar de trabajadores de

la salud conocido como Programa Sistemático Motivador de Visitas Domiciliarias sirvió como prueba piloto en una provincia en 1977 y se extendió a la nación en 1980. Este fue el primer intento integral de llegar a las poblaciones rurales. En adición, se realizó un fuerte intento de estimular las ventas comerciales de anticonceptivos orales a través de las farmacias y se inició un programa exitoso de mercadeo social de preservativos en 1989. Las tentativas para ampliar la mezcla de métodos fallaron en gran parte a pesar de los intentos de introducir inyectables e implantes y de los esfuerzos renovados por incrementar el uso de los DIU.

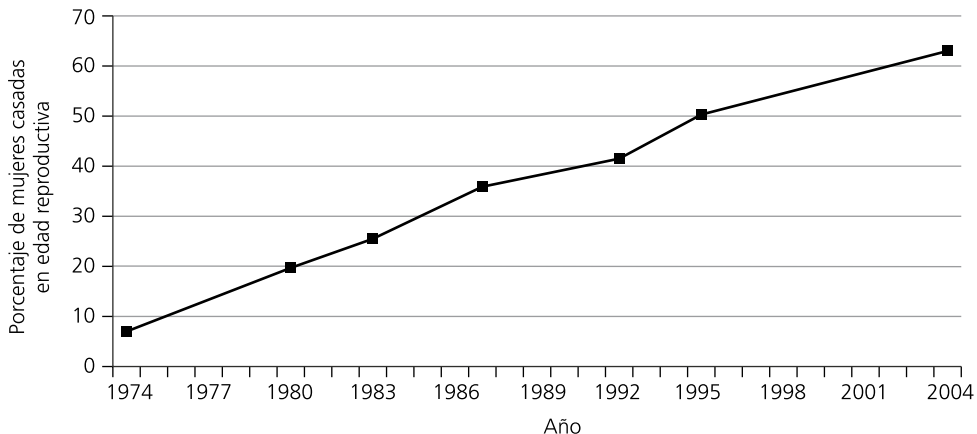
Como lo muestra el gráfico 5.1, para 2004, el uso de anticonceptivos había llegado al 63% de las mujeres casadas en edad reproductiva. La mezcla de métodos (gráfico 5.2) se ha desplazado en forma creciente hacia los anticonceptivos orales, que en 2004 los utilizaba el 40,1% de las mujeres casadas en edad reproductiva, siendo el DIU utilizado por sólo el 5,4%. Otros métodos, entre esos la abstinencia periódica, la esterilización femenina, los inyectables y los preservativos, tuvieron niveles de uso mucho menores (ORC Macro, 2005).

Al mismo tiempo, la calidad de los servicios mejoró en forma consistente. Después de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, el Ministerio de Salud amplió su programa de salud reproductiva para incluir planificación familiar, salud materna e infantil e infecciones transmitidas sexualmente, incluso VIH/SIDA. El apoyo político para el programa cambió, de un enfoque en detener el rápido crecimiento de la población, a mejorar la calidad de vida y responder a las necesidades de salud reproductiva de la población.

Para 2006, la tasa de fecundidad total había caído a 2,5 nacimientos por mujer, una baja notable con respecto a la de 7,2 en 1966; la tasa de mortalidad también disminuyó en forma sustancial; la expectativa de vida había llegado a los 70 años y la tasa de crecimiento de la población cayó de 3,2% en 1966 a 1,6% (Population Reference Bureau, 2006).

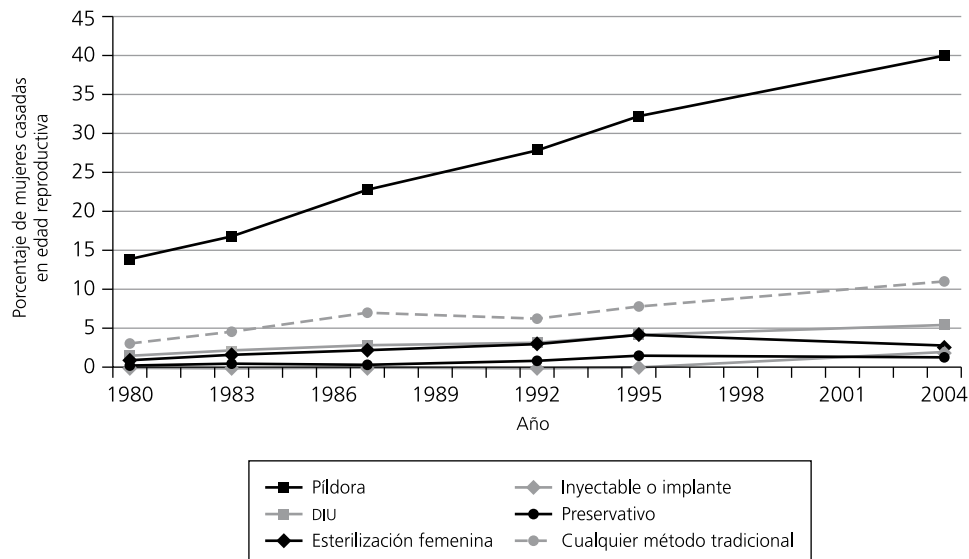
Indudablemente, los grandes cambios en la condición socioeconómica tuvieron un papel importante en la reducción de la fecundidad en Marruecos. De 1966 a 2006, ocurrieron muchas mejoras con relación al desarrollo económico y social, incluyendo la mayor edad para el matrimonio; los mayores niveles de educación, especialmente para las niñas; el mayor ingreso per cápita; la reducción en la mortalidad, y la urbanización. Todos estos factores contribuyeron a un clima más favorable para la planificación familiar y la reducción de la fecundidad. En un análisis de los determinantes inmediatos de la fecundidad se concluyó que la mayor edad para el matrimonio representó el 44% de la reducción en la fecundidad en Marruecos y el uso de anticonceptivos el 55% (Ayad, 1999).

Gráfico 5.1 Prevalencia de anticoncepción, 1974-2004



Fuente: Ross, Stover y Adelaja, 2005, cuadro A-1.

Gráfico 5.2 Métodos de anticoncepción utilizados, 1980-2004



Fuente: Ross, Stover y Adelaja, 2005, cuadro A.1.

Conclusión

Las primeras etapas del Programa Nacional de Población y Planificación Familiar, aunque promisorias, fueron lentas y cautelosas. Sin embargo, estos intentos tempranos

nos fueron sostenidos y proporcionaron los puntales de un programa muy exitoso para llevar la anticoncepción a la población, satisfacer las necesidades de salud reproductiva de la mujer y reducir la tasa de crecimiento. El Ministerio de Planeación Económica fue un primer sustentador de los intentos del gobierno de reducir la fecundidad para lograr el desarrollo económico. La falta de declaraciones públicas y apoyo de los dirigentes nacionales y la ausencia de educación e información pública contribuyeron a que el intento de planificación familiar inicial fuese lento, pero al mismo tiempo permitió que el programa diera sus primeros pasos sin oposición política indebida. La temprana decisión del Ministerio de Salud de integrar la planificación familiar a los servicios básicos de salud produjo un proceso de inicio lento y disparate, pero quizás evitó el celo excesivo o demasiados errores de los proveedores de salud. Las iniciativas experimentales sobre educación en planificación familiar y ventas comerciales de preservativos fueron consideradas como fracasos, pero ambas áreas se renovaron con vigor en años posteriores. El cambio en el énfasis hacia la salud reproductiva después de la conferencia de El Cairo se logró exitosamente y el fundamento demográfico original para el programa ha sido abandonado a favor del objetivo de procurar una mejor salud reproductiva y el bienestar de la población.

¿Por qué decidió la mayoría de las mujeres marroquíes utilizar anticonceptivos orales, rechazando en esencia el entusiasmo inicial del gobierno con el DIU? Ciertamente fueron factores destacados el evitar un procedimiento ginecológico impertinente y los efectos colaterales y la mala información; los rumores negativos probablemente también tuvieron su influencia inicialmente, basándose en información deficiente de la clienta y servicios inadecuados de seguimiento, dando como resultado altas tasas de abandono. Sin embargo, la parte tocante al DIU en los primeros años no debería minimizarse ya que funcionarios líderes del gobierno pensaron que el DIU era esencial para iniciar el Programa Nacional de Planificación Familiar.

Es instructivo comparar los primeros intentos de Marruecos con los del Programa Nacional de Planificación Familiar de su vecino Túnez, que empezó dos años antes (*ver* el capítulo 4). A diferencia de Marruecos, Túnez contó con un apoyo público fuerte y sostenido del Presidente, que promulgó muchas leyes para mejorar la condición de la mujer y estimular una menor fecundidad. El programa tunecino se integró menos a los servicios básicos de salud y se expandió con mayor rapidez en sus primeras etapas, pero sufrió también de persuasión excesiva del partido político local, que a veces fue de naturaleza coercitiva, lo que provocó un retroceso. La iniciación más ponderada y discreta del programa de Marruecos evitó estos excesos y a la postre se impuso en una sociedad más conservadora. Ambos países tuvieron éxito en un grado notable en relación con la reducción de la fecundidad, estando Marruecos unos pocos años atrás de Túnez.

Referencias

- Ayad, M. 1999. *La fécondité au Maroc: niveaux et déterminants de 1980 a 1995*. Demographic and Health Surveys. Calverton, MD: ORC Macro.
- Brown, George F. 1968. "Moroccan Family Planning Program: Progress and Problems." *Demography* 5 (2): 627–31.
- . 1969. "Le Programme de Planification Familiale au Maroc." *Revue Tunisienne de Sciences Sociales* 17–18: 283–90.
- Castadot, R. y A. Laraqui. 1973. "Morocco." Country Profiles Series. Nueva York: Population Council.
- Garnier, J.-C. 1969. "Morocco: Training and Utilization of Family Planning Field Workers." *Studies in Family Planning* 1 (47): 1–5.
- Hajji, N., S. Wright, G. Escudero, M. Abdou-Oukil y M. B. Ouchrif. 2003. *Morocco Reproductive Health and Child Health Programs: 30 Years of Collaboration, Usaid and Ministry of Health of Morocco, 1971–2000*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina, Carolina Population Center.
- Kingdom of Morocco. 1965. *Projections de Population, Répercussions sur Certains Aspects de l'Economie du Pays et Solutions Proposées*. Rabat: Royal Cabinet, General Delegation for National Promotion and Planning.
- . 1968. *Plan Quadriennal, 1968–72*. Rabat: Ministry of Economic Planning.
- . 1970. *Enquête d'Opinion sur la Planification Familiale, Milieu Urbain*. Rabat: Ministry of Health, Secretariat of Planning of the Prime Minister's Office.
- Lapham, R. 1970. "Morocco: Family Planning Attitudes, Knowledge, and Practice in the Sais Plain." *Studies in Family Planning* 1 (58): 32.
- . 1971. "Family Planning in Tunisia and Morocco: A Summary and Evaluation of the Recent Record." *Studies in Family Planning* 2 (4): 101–10.
- Naciones Unidas. 1967. "Declaration of Population." *Studies in Family Planning* 1 (16): 1–12.
- ORC Macro. 2005. *Enquête sur la Population et la Sante Familiale, 2003–04*. Calverton, MD: ORC Macro.
- Population Reference Bureau. 2006. *2006 World Population Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Robbins, J. C., R. P. Bernard, D. Mutchler y L. S. Zabin. 1976. "Report of the Evaluating Team of the Morocco Family Planning Program." AID/pha/C-1100 Ltr. POP/FPS 1/2/76. Washington, DC: American Public Health Association y U.S. Agency for International Development.
- Ross, J. A., J. Stover y D. Adelaja. 2005. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs: 116 Countries*, 2nd ed. Glastonbury, CT: Futures Group.

II

Europa y Asia central

6

Surgimiento del programa de planificación familiar en Turquía

Ayşe Akin

Turquía, un país del Medio Oriente que abarca unos 770.000 kilómetros cuadrados, está situado tanto en Asia como en Europa. Su población es de más de 70 millones de habitantes, siendo casi todos (el 98%) musulmanes. Entre 1927 y 2000, el crecimiento de la población fue rápido multiplicándose por cinco, si bien la tasa de crecimiento varió de un mínimo de 1,06% anual entre 1940 y 1945 a un máximo de 2,85% entre 1955 y 1960. Sin embargo, para el período 1990-2000, la tasa fue de 1,83% por año. Una comparación de las pirámides de población entre 1955 y 2000 muestra un cambio notable en la estructura, pasando de reflejar un crecimiento rápido en la base, a una en la que cada cohorte por debajo de la edad de 15 años es más pequeña que la superior a esa edad. De hecho, la pirámide de 2000 es semejante en su forma a la de muchos países desarrollados. Durante el mismo período, el tamaño promedio de la familia disminuyó de 5,7 a 4,5, una reducción de 21%. No sorprende que la proporción de la población que vive en áreas urbanas haya aumentado en forma pronunciada entre 1950 y 2000, de 25% a 65% de la población total. La alfabetización aumentó en ambos géneros; así, en 1935 era de 30% en los hombres y de 10% en las mujeres, pero según el censo de 2000, en ese tiempo había llegado a un notable 94% en los hombres y un 81% en las mujeres. Así, los profundos cambios demográficos y sociales han tenido lugar en Turquía en años recientes.

En los primeros años de la década de 1920, Turquía fue devastada por muchos años de guerra. En ese tiempo, la población era de sólo 13 millones y la mortalidad en los años de 1911 a 1922 había sido muy alta. En vista de eso, se diseñó la política nacional de población para aumentarla en forma tan rápida como fuera posible. Esa política prohibió la importación de anticonceptivos, declaró ilegal el aborto, prohibió la propaganda y la educación sobre métodos y materiales anticonceptivos, ofreció incentivos financieros para familias grandes y estuvo en vigencia durante muchos años (Tokgöz y Akin, 1983).

En los años veinte y treinta, la tasa de crecimiento de la población fue de alrededor de 2% o menos por año, pero a mediados de los cincuenta saltó repentinamente a cerca de 3% por año (Metiner, 1969). Esto fue después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se erradicó la malaria y la mortalidad disminuyó con rapidez por los antibióticos y los mejores servicios del gobierno en salud infantil. En adición, el retorno de muchos hombres de las fuerzas armadas ocasionó un *baby boom*, como en muchos otros países en ese tiempo (Fişek, 1983; Metiner, 1969).

En consecuencia, ocurrieron significativos cambios demográficos entre 1945 y 1960. Entre 1958 y 1962 el crecimiento de la población fue de un 3,0% a 3,2% anual y las personas de 15 años y menos de edad representaban el 41,5% de la población total; la tasa bruta de nacimientos fue de alrededor de 45 vivos por cada 1.000 habitantes por año, y la tasa bruta de mortalidad había caído a unas 13 muertes por cada 1.000 habitantes. Además, los abortos ilegales aumentaron rápidamente. Todos estos factores tuvieron implicaciones significativas para la población en el futuro, llevando al gobierno a aspirar a una reducción del aumento de la población de 3,2% a 2,0% por año (Cerit, 1989; Üner y Fişek, 1961).

La política de población pronatalista, 1923-65

Como se mencionó, debido a las grandes pérdidas humanas durante la Primera Guerra Mundial y la Guerra de la Independencia, junto a un nivel generalmente alto de mortalidad infantil, el gobierno pensó que debía aumentar el crecimiento para satisfacer las necesidades de defensa del país y atender la escasez de mano de obra agrícola. Antes de la declaración de la república en 1923, Kemal Atatürk inauguró la tercera Gran Asamblea Nacional Turca y declaró: "Nuestro objetivo en el campo de la salud nacional y la asistencia social es proteger y fortalecer las condiciones generales de salud, disminuir la tasa de mortalidad, erradicar las enfermedades transmisibles, aumentar la población y así poder educar una generación dinámica" (Altiok, 1978, pp. 53-54).

Atatürk repitió su deseo de aumentar la población varias veces de allí en adelante, de modo que eventualmente se adoptó el concepto como política de Estado, según lo indicó en su discurso de inauguración de la Gran Asamblea Nacional en 1924. En los años siguientes, se promulgaron varias leyes que tuvieron implicaciones directas o indirectas para el crecimiento de la población (recuadro 6.1). Por ejemplo, en 1926, se redujo la edad mínima para el matrimonio a 18 años para los hombres y a 17 para las mujeres, y en 1938 se redujo a 17 años para los hombres y a 15 para las mujeres. Otras diversas leyes se encaminaron explícitamente a promover la fecundidad. Las leyes sobre las administraciones locales y sobre los municipios, aprobadas respectivamente en 1929 y 1930, impusieron varias obligaciones a las administraciones locales

Recuadro 6.1 *Cronología de eventos principales*

- 1923: Se instaure la política de población pronatalista; importantes cambios legislativos apoyan el rápido crecimiento de la población.
- 1950ss: Alta mortalidad materna debida a abortos inducidos ilegalmente.
- 1958: Se presenta un momento decisivo y se inician los intentos para revertir la política de población pronatalista. El Ministerio de Salud forma un panel de consejeros para evaluar los aspectos de salud de la fecundidad excesiva.
- 1959: Información de encuestas revela mortalidad infantil rural y mortalidad materna altas; se estima que el 53% de las muertes maternas son causadas por abortos.
- 1960: Tiene lugar la revolución militar. El doctor Nusret Fisek es nombrado subsecretario de salud. Aumentan las actividades en defensa de cambiar la política de población pronatalista.
- 1961: Empieza la preparación de la nueva Ley de Planeación de la Población con amplia participación del Ministerio de Salud, organizaciones no gubernamentales e individuos.
- 1963: Un equipo del Consejo de Población evalúa la situación nacional y colabora con una encuesta nacional que muestra el interés popular en la anticoncepción y en que el gobierno colabore para prestarla.
- 1964: Se nombra al primer director de la nueva Unidad de Planificación Familiar del Ministerio de Salud.
- 1965: El parlamento aprueba la primera Ley antinatalista de Planeación de la Población.
- 1965-66: Se fundan el Departamento de Salud Pública y el Instituto de Estudios de Población en Hacettepe University. Varios ministerios, inclusive los de Educación y Defensa, introducen planificación familiar en sus programas educativos. Se inauguran las primeras 10 clínicas piloto.
- 1967-68: Los equipos móviles llegan a las familias rurales proveyéndoles información y servicios.
- 1979: Se inician las actividades para fortalecer la anterior Ley de Planeación de la Población antinatalista.
- 1983: Se aprueba la segunda Ley de Planeación de la Población, que autoriza a personal no médico capacitado para insertar dispositivos intrauterinos, legaliza el aborto inducido de hasta 10 semanas de gestación a solicitud, permite a practicantes generales capacitados interrumpir embarazos, legaliza la esterilización quirúrgica para mujeres y hombres a solicitud y establece la colaboración intersectorial para la prestación de servicios de planificación familiar en todo el país.
- 1983-2000: El uso de anticonceptivos en las parejas casadas aumenta a 71%, disminuye la incidencia del aborto, como también en forma abrupta las muertes maternas por abortos inseguros y cae la tasa de fecundidad total a 2,2 nacimientos por mujer.

para implementar la política de aumento de la población mejorando la salud pública, estableciendo hospitales de maternidad gratis y distribuyendo medicinas a los pobres sin, o a un bajo, costo. La Ley de Higiene General de 1930 fue la más explícita en relación con la posición pronatalista e impuso obligaciones al Ministerio de Salud para estimular los nacimientos y otorgar recompensas monetarias o medallas a las mujeres que tuvieran seis o más hijos, y prohibió la importación y venta de anticonceptivos (Altiok, 1978; Fişek, 1963, 1964b, 1986b; Fişek y Shorter, 1968).

El aborto había sido siempre un tema sensible en Turquía. En el período pronatalista, varias leyes intentaron impedir el aborto. En el Código Penal turco, aprobado en 1926 y adaptado del Código Penal italiano, se consideró al aborto inducido como un crimen. Se introdujo una enmienda a esta ley en 1936 que aumentó las penas por el aborto inducido y penalizaba cualquier acción que intentara evitar la concepción. En otra enmienda en 1953 se aumentaron nuevamente las penas por el aborto; sin embargo, varios estudios documentaron que la práctica del aborto seguía generalizada, a pesar de esas leyes (Fişek, 1967a, 1972; Kisnişçi y Akin, 1978). Aproximadamente uno de cada cinco embarazos era abortado, una tasa extremadamente alta, y el aborto era una de las principales causas de muerte materna (Altiok, 1978; Fişek, 1963, 1964b, 1986a; Özbay y Shorter, 1970).

En adición, varias leyes garantizaron exención de impuestos por hijos o asignaron recursos con base en el número de hijos de una persona y dieron también prioridad a la distribución de tierras a familias con muchos hijos (1938), otorgaron modestos pagos de apoyo para hijos a empleados del sector público (1944) y ofrecieron reducciones en el impuesto al ingreso con base en el número de hijos (1949). Otras varias leyes estimularon la inmigración del extranjero, garantizando ventajas legales o financieras a los inmigrantes. Durante este período, todos los partidos políticos adoptaron la posición pronatalista del gobierno según se reflejó no sólo en las leyes explícitas o implícitamente pronatalistas, sino en los programas de partidos y en los materiales de medios masivos de comunicación. La opinión no empezó a cambiar sino hasta 1958.

El movimiento hacia una política antinatalista, 1965

Cambiar la política de población pronatalista no fue un proceso fácil. Tomó tiempo e implicó esfuerzos de muchos individuos, organizaciones no gubernamentales (ONG) y sectores de la sociedad. Los primeros artículos atacando el crecimiento de la población fueron escritos por el profesor Haluk Cillov en el diario *Milliyet* y por Fakir Baykurt en el diario *Cumhuriyet*. Cillot argumentaba que la población estaba creciendo en forma demasiado rápida y causando un impacto importante en las ciudades y recaló la necesidad de controlar su crecimiento (Fişek, 1963, 1964b). También,

en 1958 ginecólogos y obstetras, como los doctores Ziya Durmus, Necdet Erenus y Zekai Tahir Burak, y el profesor Nasit Erez, lanzaron una iniciativa para modificar la política de población y legalizar los métodos de anticoncepción. Burak fue un prominente especialista, jefe de un gran hospital de maternidad en Ankara y había notado que muchas mujeres eran admitidas en condición seria debido al aborto auto-inducido y que la mayoría de ellas moría. Él documentó estos casos del hospital con el fin de demostrar la magnitud de los resultados adversos en la salud de las mujeres resultantes de los embarazos no deseados y abortos inseguros. Envió entonces una carta al Ministerio de Salud expresando que se había incrementado la mortalidad materna a causa de los abortos inseguros, que por tanto deberían tomarse medidas para impedir esas muertes y que debía legalizarse la anticoncepción.

Después de la carta de Burak, el Ministerio de Salud conformó un comité para investigar los asuntos relacionados con el aborto, determinar los problemas médicos asociados y discutir contramedidas. El comité señaló en su informe que a pesar de las estrictas provisiones del Código Penal turco, el aborto se practicaba en gran escala y la gran mayoría de los casos no estaba sujeta a la acción judicial. El informe sugirió que miembros de la profesión médica realizaban algunos de los abortos para su beneficio personal, pero que la mayoría de éstos se realizaba en lugares carentes de facilidades, lo que producía serios problemas médicos y la muerte. El informe del comité, aunque reconocía la ley contra el aborto y aceptaba que debería seguir siendo ilegal, indicó que debía permitirse el aborto en ciertas condiciones de necesidad médica. Además, el comité argumentó que debía permitirse la anticoncepción de manera que la mujer no tuviera que llevar hijos no deseados y que debía modificarse la ley para que la mujer pudiera tener la ventaja de los métodos y dispositivos anticonceptivos a la manera de otros países. Aunque el informe no mencionó ningún cambio en la política, tuvo la importancia de ser el primer documento oficial que sugirió medidas para legalizar la planificación familiar (Altiok, 1978; Fişek, 1963, 1964b, 1967a; Holzhausen, 1987; State Planning Organization, 1993; Üner y Fişek, 1961).

También en 1958, el Ministerio de Salud conformó un panel asesor de profesores universitarios y especialistas bien conocidos a fin de realizar una evaluación independiente de los aspectos de salud de la fecundidad excesiva y recomendar soluciones. Este panel recomendó eliminar las barreras legales existentes a la anticoncepción y hacer disponibles los anticonceptivos; sin embargo, el panel estuvo en contra de hacer legal el aborto a menos que existiera una indicación médica. El panel sometió sus recomendaciones al Ministerio de Justicia para su opinión y apoyo. Infortunadamente, el Ministerio de Justicia no aprobó las recomendaciones (Fişek, 1964b; Levine y Üner, 1978).

En 1959, se realizó una encuesta en 137 aldeas que mostró que la tasa de mortalidad infantil era de alrededor de 165 muertes por cada 1.000 nacimientos y se estimó

la tasa de mortalidad materna en 280 muertes por 100.000 nacimientos. Además, se estimó que la causa del 53% de las muertes maternas era el aborto. El estudio fue importante también en otros dos aspectos. Primero, estableció la conexión entre el aborto y la mortalidad materna, reforzando la opinión del comité del Ministerio de Salud sobre la gran magnitud del aborto. Segundo, porque el profesor Nusret Fişek, quien dirigió la encuesta, fue nombrado subsecretario del Ministerio de Salud después de la revolución de 1960 y trabajó en ese cargo durante seis años (Altiok, 1978; Fişek, 1963, 1964b; State Planning Organization, 1993).

El 27 de mayo de 1960 se produjo una revolución dirigida por los militares, después de la cual se instituyó la planeación en todas las áreas y se implementaron varias reformas, incluyendo cambios normativos y legislativos. Se esbozó una nueva constitución que hacía énfasis en la planeación y creaba la Organización Estatal de Planeación bajo la oficina del Primer Ministro. En ese momento se convirtió en un objetivo serio la planeación de la población (Anderson, 1970) y Fişek representó un papel de vital importancia. Ya era reconocido como un pionero en muchos campos de la salud pública y su liderazgo fue invaluable en las preparaciones para la nueva Ley de Planeación de la Población, antinatalista. Urgió el tema tanto en plataformas nacionales como internacionales y se comunicaba estrechamente con Burak y otros líderes de opinión, inclusive algunos de ONG. Fişek encabezó los esfuerzos en relación con los cambios legales y más tarde elaboró un esbozo de la ley de 1965 (Anderson, 1970; *Official Gazette*, 1965).

Tras la intervención militar de 1960 y el establecimiento de la Organización Estatal de Planeación, se iniciaron las discusiones entre el Ministerio de Salud y la Organización Estatal de Planeación. Sus representantes acordaron en forma unánime que era necesario un cambio en la política tradicional sobre la población y se adoptó una posición antinatalista tanto en el primer Plan Quinquenal de Desarrollo como en la Ley de Planeación de la Población que se preparó para el parlamento. Aun antes de eso, se había promulgado la liberación de la vieja política permitiendo importaciones limitadas de anticonceptivos. El primer Plan Quinquenal de Desarrollo discutió los problemas causados por la alta tasa de crecimiento de la población, con el argumento de que socavaba el crecimiento del producto nacional bruto y que debía ponerse bajo control el crecimiento de la población. El plan defendió la abolición de las leyes sobre anticoncepción, creando un programa de planificación familiar y ofreciendo educación en planificación familiar al público. El gobierno aceptó las propuestas (Altiok, 1978; Fişek, 1964b, 1967b; State Planning Organization, 1993).

En el proceso de cambio de la política fueron extremadamente importantes las actividades en defensa de la causa. Por ejemplo, en diciembre de 1960, Fişek organizó un gran foro sobre control de la natalidad en el Instituto de Higiene del Ministerio

de Salud y entre los participantes hubo médicos bien conocidos, líderes religiosos, sociólogos y demógrafos. El tema del control de la natalidad se discutió extensamente, expresando los representantes de cada disciplina sus propias perspectivas y opiniones. Los resultados de este foro se discutieron en los medios de comunicación durante un tiempo, manteniendo así el tema en la agenda. Aparecieron muchos artículos en los periódicos discutiendo la necesidad de una política de población antinatalista. Al mismo tiempo, la Asociación Ginecológica de Ankara organizó varios seminarios anuales grandes sobre planificación familiar que fueron seguidos de cerca por la prensa.

Una de las razones principales para el cambio de política fue la cantidad de abortos anuales. Aunque no se determinó el número exacto, se pensaba que el de abortos inducidos ilegalmente se aproximaba al medio millón cada año, con unas 10.000 muertes anuales como resultado de las complicaciones (Fişek, 1967a; Metiner, 1969). Un segundo factor fue la creciente mecanización de la agricultura, que llevó a una rápida urbanización y creó una situación en la que la mitad de la población de las grandes ciudades vivía en asentamientos precarios recién establecidos. Las ciudades no contaban con suficientes acomodaciones ni puestos de trabajo para soportar familias grandes.

Los preparativos para la nueva ley empezaron en 1961 e incluyeron estrecha colaboración entre funcionarios del Ministerio de Salud, ONG e individuos que tuvieron la previsión de entender los problemas. La Asociación Turca de Planificación Familiar y la Asociación Ginecológica de Ankara fueron muy activas en términos de defensa de la causa, dictando numerosas conferencias y celebrando reuniones nacionales. El cambio de la política pronatalista ganó apoyo gradualmente en la comunidad médica y en el país en general y los autores de las políticas empezaron a convencerse. Sin embargo, eran necesarios mucha más evidencia y soporte.

A principios de 1963, el gobierno solicitó al Consejo de Población enviar un equipo de expertos para analizar factores demográficos, realizar una encuesta de campo para determinar la factibilidad de un programa nacional de planificación familiar y ofrecer recomendaciones sobre lineamientos y costos operativos. Esto condujo a un acuerdo sobre un proyecto formal entre el gobierno y el Consejo de Población (Anderson, 1970; Metiner, 1969). El Consejo de Población ayudó a realizar una encuesta nacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas en la que se entrevistó a más de 5.000 personas en cerca de 300 aldeas y ciudades. Esta fue la primera encuesta de su tipo en Turquía y reveló valiosa información que más tarde contribuyó al programa nacional. El informe de la encuesta mostró que un número abrumador de mujeres en las áreas rurales deseaba un programa de planificación familiar operado por el gobierno. El 60% deseaba sólo de dos a cuatro hijos y la mayoría de las parejas mayores de 30 años de edad y casadas durante 10 años o más no deseaba tener más hijos. Un

67% de las aldeanas y un 87% de las ciudadinas respondieron que deseaba saber más sobre la anticoncepción (Berelson, 1964; Metiner, 1966, 1969).

Así, aun en 1963, cuando la producción y el mercadeo de anticonceptivos todavía estaban prohibidos, los datos parecieron mostrar que la norma de la familia pequeña estaba bien establecida, que la mayoría de esposos y esposas aprobaban la anticoncepción y que unas dos terceras partes estaban interesadas en saber más sobre ella. Al mismo tiempo, el conocimiento de métodos anticonceptivos era limitado: el 43% de los esposos y esposas dijo no conocer ninguna forma específica de evitar la concepción. Esta encuesta nacional y varios estudios menores demostraron con claridad una actitud favorable de las familias turcas hacia la planificación familiar.

En 1964, antes de ratificarse la Ley de Planeación de la Población, el Ministerio de Salud instauró una organización de planificación familiar. El doctor Turgut Metiner, experimentado ginecólogo que había recibido parte de su capacitación en Estados Unidos, fue nombrado director. Durante este tiempo, el Ministerio de Salud apoyó también varios seminarios y discusiones grupales e instituyó la fase preparatoria de la planeación detallada para un intento nacional.

También en 1964 se capacitó a personal turco en varios aspectos de la planificación familiar en Estados Unidos y llegó un representante residente del Consejo de Población para asistir en la planeación, iniciar capacitación local y ayudar con la implementación del programa. Se hicieron provisiones para asesores adicionales, tanto residentes como de corto plazo, para cuando fuera necesario su trabajo con líderes de la opinión, ONG y comunidades.

Todos estos desarrollos ayudaron a revertir el clima de opinión.

La Ley de Planeación de la Población y sus resultados, 1965-67

El propósito de la nueva Ley de Planeación de la Población fue proporcionar el marco legal para la financiación e implementación de un programa nacional de planificación familiar. Esta ley fue aprobada por la Asamblea y el Senado y firmada por el presidente en abril de 1965. La ley expresaba que el propósito de la planeación de la población era permitir que los individuos tuvieran el número de hijos que desearan y que se permitirían medidas preventivas (anticoncepción) para evitar el embarazo. Se le dio al Ministerio de Salud la responsabilidad de implementar el programa, capacitar a personal de salud en la administración de anticonceptivos y ofrecer información al público. La ley expresó, además, las estrictas condiciones médicas bajo las cuales se permitirían el aborto y la esterilización y las sanciones por las violaciones.

El debate parlamentario sobre el proyecto de ley fue interesante en el sentido de que reveló algunas de las ideologías subyacentes de los participantes con respecto al

tema de la población y también su profunda falta de información sobre la dinámica de la población. Sólo el Ministerio de Salud pareció tener un marco de referencia demográfico para entender los temas tratados, lo que no fue sorprendente ya que las discusiones sobre procesos de población eran relativamente nuevas en Turquía y no se había difundido el conocimiento técnico. Fue también inusual porque un “extraño”, el doctor Fişek habló dos veces en el parlamento para defender el proyecto y suministrar detalles técnicos. La falta de información sobre el crecimiento de la población por parte de los miembros del parlamento y el hecho de que fuesen presionados para revertir una política vigente por 40 años fueron causa de parte de la incoherencia del debate.

Surgieron varios temas de menor importancia, uno de los cuales fue simbólico: qué nombre darle al programa. En el esbozo original del primer Plan Quinquenal de Desarrollo, la Organización Estatal de Planeación había indicado inicialmente que el nombre del programa debía ser Programa de Planificación Familiar. El gobierno lo modificó a Programa de Planeación de la Población, con la idea de que este nombre era más neutral y no implicaba una intrusión en la intimidad familiar. Después de considerable debate en el parlamento, la agencia oficial de implementación del Ministerio de Salud fue llamada Directorado General de Planeación de la Población. Sin embargo, en todas las discusiones sustantivas del tema desde ese tiempo, todos se refieren al programa de planificación familiar.

Un debate más significativo fue el concerniente a los métodos que se utilizarían para reducir la fecundidad. Aunque la mayoría de quienes apoyaban el proyecto argumentaron a favor de permitir anticonceptivos, sólo dos personas lo hicieron a favor de legalizar el aborto. Más tarde, en 1967, se emitió una regulación que enumeraba las condiciones médicas requeridas para el aborto y la esterilización, pero aparte de éstas, la política de población de 1965 no cambió hasta los años ochenta (Ahtiok, 1978).

Apoyo y oposición

El apoyo para la ley de 1965 provino de la mayoría del pueblo y de varios sectores de la sociedad. La oposición no provino de las campesinas, sino de ciertos grupos más educados que, sin embargo, estaban mal informados. Entre ellos había negociantes de Estambul e Izmir, quienes equivocadamente pensaban que si el país tenía una mayor población, habría un mercado más grande para ellos. Otro grupo de oposición opinaba que Turquía debía tener una gran población para poder contar con un gran ejército y una posición poderosa en los asuntos internacionales. Otros pensaban que si mejoraba la economía del país, la tasa de natalidad disminuiría en forma automática. En adición, algunos ginecólogos se opusieron al programa de planificación fami-

liar con la preocupación de que en alguna forma pondría en peligro la práctica de su profesión. De vez en cuando, aparecía propaganda adversa de naturaleza puramente médica sugiriendo que los anticonceptivos orales o los dispositivos intrauterinos eran perjudiciales. En general, se evitó la oposición hasta el punto en que no surgieran objeciones serias de tipo religioso. La población turca era también relativamente homogénea, con una sola lengua, lo que evitó la competencia étnica y los temores de que un grupo creciera de manera más rápida que otros.

Primeras medidas de implementación

En los primeros días del programa se dieron numerosos pasos que parecían prometedores en relación con el cumplimiento de los objetivos fijados en el primer Plan Quinquenal de Desarrollo. El Ministerio de Educación planeó enfatizar la reproducción humana en los cursos de biología en los colegios de enseñanza media y secundaria empezando con el año escolar de 1965-66 e incorporar las implicaciones sociales, económicas y políticas del rápido crecimiento de la población en los cursos de estudios sociales. Se concibieron dos programas educativos para el personal de las fuerzas armadas, uno para los casados y otro para los enrolados apenas antes de su salida del servicio activo. Se asignaron funciones al Ministerio de Educación y al de Defensa bajo la nueva ley y adicionalmente el Ministerio de Salud planeó cuidadosamente programas de información coordinada a través de los ministerios de Asuntos Rurales y Agricultura. Otros programas de información, educación y comunicación fueron dirigidos a muchos grupos, como parejas con muchos hijos, personas solteras, asociaciones masculinas y femeninas, sindicatos laborales, miembros del personal de grandes industrias, estudiantes universitarios y empleados del gobierno.

Se instauró el Comité Científico, conformado por profesores universitarios y personal ministerial, en el Ministerio de Salud, para asesorar al Alto Consejo Médico. Posteriormente, se abrieron 10 clínicas piloto en varias partes del país y tras seis meses de observación, el comité otorgó licencia a dos tipos de anticonceptivos orales para su venta y permitió el uso del DIU tipo Lippes. Desde entonces, se ha otorgado licencia a otros anticonceptivos, aunque sólo después de haber sido examinados por el Comité sobre Medicina Anticonceptiva y en el laboratorio del gobierno, y de haber recibido aprobación del Comité Científico.

Para la prestación de los servicios reales y por razones de eficiencia, el plan fue utilizar las instalaciones y el personal del Ministerio de Salud (Fişek, 1964b; Metiner, 1966; Ross, 1966) y contar con una pequeña organización central para capacitar personal de servicios de salud pública. La organización se estableció como departamento independiente del Ministerio de Salud bajo la directa supervisión del subse-

cretario. A fin de superar la escasez de trabajadores de servicios clínicos, en especial en las zonas rurales, donde vivía en ese tiempo el 80% de la población, se instituyó un plan para atraer a 200 graduados en medicina, hombres y mujeres, y capacitarlos en evaluación ginecológica e inserción de DIU. Esta fue la base de 200 equipos móviles. Los servicios públicos ofrecían el DIU gratis y otros métodos al costo. El objetivo del programa fue prestar servicios al 5% de todas las mujeres en edad reproductiva cada año y se esperaba que los efectos acumulados de tal enfoque mejorarían, en gran medida, la salud de madres e hijos.

La Asociación de Planificación Familiar, con sus 20 ramas, colaboró con trabajo educativo y operó varias clínicas. Otra organización más pequeña, pero valiosa, fue la Asociación de Universitarias de Ankara, cuyos miembros prestaron sus servicios en forma voluntaria visitando aldeas, comunidades suburbanas y fábricas, para suministrar información e instruir a las madres a dónde ir para recibir los servicios.

Equipos móviles

Entre las diversas formas de informar al público y de implementar los servicios, un enfoque clave fue el uso de equipos móviles. En esta forma, se llevaban los anticonceptivos, especialmente el DIU, a los hogares de los aldeanos y a grandes comunidades precarias en las ciudades principales. Los equipos móviles trabajaban en parejas, con un miembro suministrando educación e información y el otro prestando los servicios médicos. El equipo de educación incluía educadores masculinos y femeninos que primero visitaban la aldea y luego se presentaba el equipo médico para seguir con los servicios clínicos. Los equipos móviles lograron éxitos notables en 1967 y 1968, encontrando un clamor de interés en las aldeanas. De hecho, una de las primeras características de la prestación del servicio de planificación familiar fue la cooperación entusiasta de los aldeanos dondequiera que se visitaban para discutir y ofrecer los servicios. En los años sesenta en Turquía, como en otros países, la mayoría de las parejas casadas deseaba aprender y hacer algo sobre la planificación familiar.

Presupuesto y donantes

El presupuesto total para la planificación familiar se dividió en tres partes según la fuente. Primero estuvo el presupuesto anual del Ministerio de Salud para planificación familiar autorizado por el parlamento. En segundo lugar, una donación conocida como fondos de contrapartida, acordados en conjunto por el Ministerio de Finanzas y la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional, que cubría el apoyo para los directores provinciales de planificación familiar y los trabajadores de campo,

gastos de viaje, pagos de incentivos, investigación, evaluación del programa y materiales de publicación de información, educación y comunicación. La tercera fuente la constituyeron las donaciones de fundaciones extranjeras. La Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional contribuyó principalmente para anticonceptivos orales; el Consejo de Población ofreció asistencia para consultores, mantenimiento de vehículos, anticonceptivos, calculadoras avanzadas, materiales educativos, becas y complementos salariales, y la Fundación Ford ayudó con investigación sobre población. La asistencia técnica provino principalmente de los asesores residentes del Consejo de Población y en menor grado de la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional y de la Fundación Ford. Turquía también recibió asistencia de la Organización Mundial de la Salud para programas de capacitación y la Asociación de Planificación Familiar recibió fondos de la Federación Internacional de Planificación de la Familia.

Investigación

La principal institución de investigación estaba en la Universidad Hacettepe, que organizó el Instituto de Estudios de Población en 1966 apoyado por una donación de la Fundación Ford. La capacitación para el primer grupo de estudiantes se inició en 1967 con un programa de dos años para el grado de maestría en dinámica de población. El instituto realizó también encuestas detalladas de población y dinámica familiar y vinculó estudiantes para proyectos de investigación en la Escuela de Medicina de la universidad. El instituto publicó un boletín trimestral describiendo las actividades de planificación familiar y los problemas de población de Turquía. En 1968 realizó un estudio nacional utilizando un cuestionario sobre conocimiento, actitudes y prácticas, comparable al empleado por la encuesta pionera de 1963. También realizó las últimas encuestas demográficas y de salud en colaboración con el Ministerio de Salud y apoyadas por Macro International.

También se estableció en la Universidad Hacettepe el Departamento de Salud Pública (anteriormente Departamento de Medicina Comunitaria) en 1965. Como parte de la educación médica, hizo énfasis en los aspectos preventivos de la medicina comunitaria, incluyendo la salud reproductiva y familiar. Más adelante, este departamento ayudó en forma extensa al Ministerio de Salud con trabajo de planificación familiar, en especial por medio de sus actividades de investigación de servicios de salud y también mediante sus programas nacionales de capacitación en planificación familiar. En 1978, el departamento se convirtió en un Centro de Colaboración de la Organización Mundial de la Salud para la planificación familiar y la salud reproductiva, y continúa hoy en ese papel.

Resultados

Con el tiempo se hizo claro que las prácticas anticonceptivas quedarían rezagadas con respecto a las actitudes y el conocimiento. Para 1978, el uso de anticonceptivos había subido a sólo el 50% de las parejas, dos terceras partes de las cuales utilizaban métodos tradicionales con sus altas tasas de fracasos (cuadro 6.1). Esto debía entenderse en el contexto de las décadas de pronatalismo, la política oficial antes de 1965 y el subsiguiente inicio lento del programa nacional. Antes de 1965, el público y aun la mayoría de los médicos tenían un conocimiento limitado de métodos anticonceptivos modernos, como los anticonceptivos orales, el DIU y las tabletas de espuma. El único anticonceptivo disponible en el mercado era el preservativo y la única razón de que pudiera venderse libremente era que calificaba como profiláctico contra las enfermedades venéreas. El primer DIU sólo se insertó en 1964 y las cremas vaginales y tabletas de espuma solamente estuvieron disponibles en 1967 (Fişek y Shorter, 1968). La disponibilidad general de métodos anticonceptivos fue más escasa que en algunos otros países.

Sin embargo, el programa tuvo también varios rasgos positivos aprobados por sus directores, en especial considerando la reversión radical del pronatalismo tan arraigado requerido tanto en la ley como en la práctica. Estos rasgos positivos incluyeron los siguientes:

Cuadro 6.1 Uso de anticonceptivos, años seleccionados.

Porcentaje de mujeres casadas o en cohabitación entre 15 y 49 años de edad utilizando anticoncepción

Método	1963	1978	1983	1988	1993	1998	2003
Cualquier método	22,0	50,0	61,5	63,4	62,6	63,9	71,0
DIU	0,0	4,0	8,9	17,1	18,8	19,8	20,2
Píldora	1,0	8,0	9,0	7,6	4,9	4,4	4,7
Preservativo	4,3	4,0	4,9	8,9	6,6	8,2	10,8
Esterilización quirúrgica (femenina)	0,0	0,0	0,1	2,2	2,9	4,2	5,8
Interrupción del coito	10,4	22,0	31,1	31,0	26,2	24,4	26,4
Otros	12,0	12,1	8,6	10,2	3,2	2,8	4,1
Total de usuarios de métodos efectivos	5,3	18,0	27,2	32,3	34,5	37,7	42,5
Total de usuarios de métodos no efectivos	22,4	32,0	34,2	31,0	28,1	25,5	28,5
Necesidad insatisfecha de anticoncepción ^a	—	—	—	—	12,0	10,0	6,0
Abortos por cada 100 embarazos	7,6	16,8	19,0	23,6	18,0	14,5	11,3

Fuente: encuestas nacionales del Ministerio de Salud y la Universidad Hacettepe

Nota: — = no disponible.

a. Parejas que no desean hijos por lo menos en dos años, que pueden concebir y que no utilizan ningún método de anticoncepción.

- La evaluación oportuna, con documentación, de las realidades demográficas y de salud que habían cambiado repentinamente después de 1945-50, a saber: el alto crecimiento de la población, la mortalidad materno-infantil, la tasa de abortos, la necesidad no satisfecha de anticoncepción. La encuesta nacional de 1963 fue crítica, como lo fueron las encuestas posteriores.
- El liderazgo de un pequeño número de personas comprometidas e influyentes, como se subrayó anteriormente.
- Las fuertes actividades en defensa del programa, en especial de la Asociación Turca de Planificación Familiar y la Asociación Ginecológica de Ankara, para atraer gente de fuera del gobierno.
- La posición positiva del gobierno militar hacia la planificación familiar.
- La presencia de personas visionarias en el Ministerio de Salud.
- La preparación de la infraestructura para la prestación de los servicios aun antes de entrar en vigencia la Ley de Planeación de la Población, incluyendo la capacitación de personal de salud y la formación de los equipos móviles.
- La colaboración efectiva con las agencias internacionales en relación con el apoyo técnico y financiero.

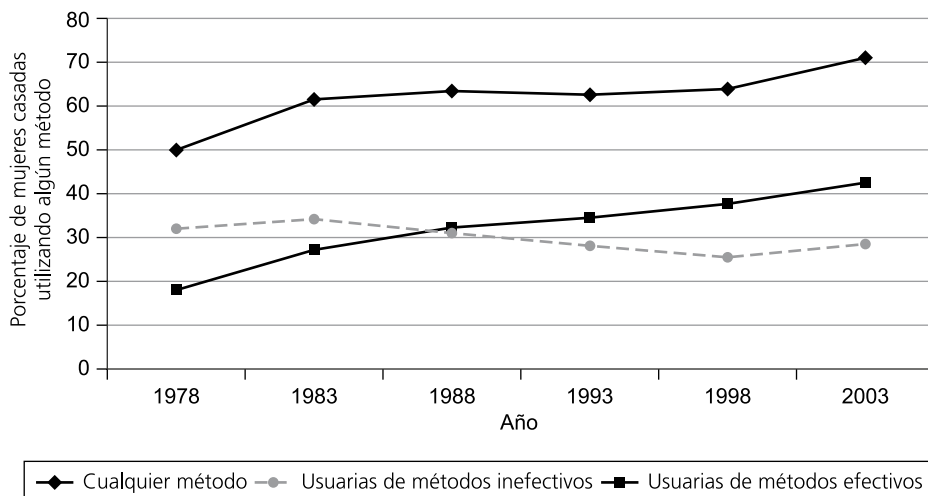
No obstante la reversión del pronatalismo, la aprobación de nuevas leyes y la creación del programa nacional de acción, el éxito no fue completo y, a su debido tiempo, parecía ameritarse una nueva valoración.

Desarrollos posteriores, 1980-83

Mientras los profundos cambios descritos equivalían a una revolución histórica en la planificación familiar, faltaba mucho todavía. Se consideran a continuación en primer lugar los desarrollos legales.

Modificación de la primera Ley de Planeación de la Población

Claramente, a la Ley de Planeación de la Población de 1965 le siguió un progreso sustancial en los servicios de planificación familiar y en el suministro de información sobre métodos anticonceptivos al público. Sin embargo, una revisión de la implementación del programa en 1980 indicó que los servicios todavía no satisfacían completamente las necesidades del público (Fişek, 1983; Özbay, 1975). Los métodos tradicionales fueron también los medios de anticoncepción utilizados con mayor frecuencia. Sólo hasta 1993 representaron los métodos modernos más de la mitad de los métodos usados (gráfico 6.1).

Gráfico 6.1 Prevalencia de uso de anticoncepción, 1978-2003

Fuente: encuestas nacionales de población y salud de los ministerios de Salud y Asuntos Sociales y de la Universidad Hacettepe.

La gran dependencia de los métodos tradicionales, a pesar del mayor conocimiento de las personas, fue desafortunada, pues a menudo eran inefectivos y obstaculizaron la difusión de los métodos modernos. Otro problema serio fue que aun cuando estaba prohibido el aborto inducido, su número crecía cada año. El aborto fue utilizado casi como método de control natal por mujeres de los estratos socioeconómicos más altos de la sociedad, quienes obtenían el servicio de médicos especialistas a un alto costo, mientras las mujeres de bajos ingresos debían recurrir a menudo al aborto inducido, que usualmente conducía a serias heridas o a la muerte. Los estimados indican que hubo 300.000 abortos inducidos y 50.000 autoinducidos en 1981 (Akin, 1992). Esto indicó que, a pesar de la ley, existía una brecha significativa en los servicios. Por eso, se inició el trabajo para modificar la ley de 1965 de modo que expandiera la prestación de los servicios y aumentara su disponibilidad y equidad. Se siguieron dos estrategias durante la fase preparatoria (Akin, 1999, 2001): una basada en estudios científicos y una segunda dedicada a abogar en defensa del programa.

Enfoque científico

Se realizaron investigaciones epidemiológicas locales y nacionales y varios estudios de investigación operativos, para demostrar los efectos adversos del aborto inducido ilegalmente. Estos proyectos incluyeron los siguientes:

- Análisis de encuestas nacionales, por el Instituto de Estudios de Población de la Universidad Hacettepe y el Ministerio de Salud realizados cada cinco años después de la encuesta de 1963, establecieron las tendencias insatisfactorias en la regulación de la fecundidad
- Estudios específicos basados en la comunidad sobre aborto inducido
- Tres estudios clave del Departamento de Salud Pública de la Universidad Hacettepe, ya mencionados:
 - Demostraron que personas no médicas entrenadas pueden insertar DIU en forma tan exitosa como los médicos, lo que llevó a capacitar 201 parteras-enfermeras y a seguir su trabajo por un año en el campo (1979).
 - Proporcionaron evidencia sobre los costos del aborto ilegal para el sistema de atención en salud con base en un estudio de varios centros de la Organización Mundial de la Salud (1979-81).
 - Introdujeron una técnica segura y sencilla (extracción manual por aspiración al vacío) para la interrupción del embarazo, después de lo cual se capacitó a 35 practicantes generales en la técnica y se siguió su trabajo por un año, demostrando que practicantes generales entrenados pueden interrumpir el embarazo en su principio exitosamente utilizando extracción manual por aspiración al vacío (1981).

Los resultados de estos estudios se utilizaron para propósitos de abogar en defensa del programa y sirvieron de base para aspectos específicos de la nueva ley (Akin, 1992).

Actividades para abogar en defensa del programa

Durante la fase preparatoria para modificar la Ley de Planeación de la Población en 1980, llegó otro gobierno militar al poder cuyos dirigentes vieron en forma favorable los asuntos sobre la población. Las actividades en defensa incluyeron las siguientes:

- Los resultados de los estudios mencionados antes fueron bien difundidos y publicitados en varias reuniones organizadas por el Ministerio de Salud, las ONG y las universidades.
- Los medios de comunicación produjeron programas y artículos sobre temas de población con el apoyo del presidente. Aparecieron numerosos ítems en revistas científicas, revistas de interés general y periódicos.

- En el nivel parlamentario, el gobierno militar organizó talleres sobre reformas a la atención en salud, donde los resultados de los estudios se presentaron a las autoridades oficiales pertinentes.

Con base en los resultados persuasivos de la investigación y la atmósfera política de apoyo, el Directorado General para la Salud Materna e Infantil y la Planificación Familiar (anteriormente el Directorado General de Planificación Familiar) inició los preparativos para la nueva ley (Population Planning Advisory Board, 1994). La nueva Ley de Planeación de la Población fue aprobada en mayo de 1983 e incluyó las siguientes innovaciones (*Official Gazette*, 1983):

- Autorización a personal no médico entrenado para insertar DIU.
- Legalización del aborto inducido hasta las 10 semanas de embarazo a solicitud.
- Licenciamiento de practicantes generales entrenados para interrumpir embarazos.
- Legalización de la esterilización quirúrgica para hombres y mujeres a solicitud.
- Fortalecimiento de la colaboración intersectorial para ofrecer servicios de planificación familiar en todo el país.

A los pocos años de entrar en vigor la nueva Ley de Planeación de la Población se produjeron las siguientes consecuencias benéficas:

- Las muertes maternas causadas por abortos inseguros habían casi desaparecido.
- Las camas de los hospitales eran pocas veces ocupadas por pacientes con complicaciones de aborto inducido.
- Disminuyeron las cargas por aborto inducido en el sistema de atención en salud.
- Disminuyeron los costos de aborto inducido para los individuos.
- Aumentó inicialmente la prevalencia del aborto inducido, pero empezó a disminuir después de 1990 y continúa disminuyendo (cuadro 6.1). La incidencia de aborto por cada 100 mujeres de entre 15 y 49 años de edad cayó a un nivel insignificante (cuadro 6.2), porque la anticoncepción dio como resultado menor número de embarazos y un mayor número de embarazos fueron deseados.
- Se duplicó el predominio de uso de DIU entre 1983 y 1988.
- Por primera vez, en 1993, el predominio de uso de anticonceptivos efectivos superó el de los métodos tradicionales (cuadro 6.1, gráfico 6.1).

- Se instauró la Junta Asesora de Planeación de la Población al interior del Ministerio de Salud para adelantar actividades de planificación familiar por medio de colaboración intersectorial (Aytaç, 1992; State Planning Organization, 1994).

Para 1988-2003, habían ocurrido cambios mayores (cuadro 6.3). Para 2003 la tasa de fecundidad total había disminuido a 2,2 nacimientos por mujer y 71% de las pare-

Cuadro 6.2 Tasas de aborto inducido por un año anterior a las encuestas, años seleccionados

Año	Número de abortos inducidos por año (porcentaje)		
	Embarazos	Mujeres de entre 15 y 49 años	Nacimientos vivos
Encuesta demográfica y de salud de 1983	19,0	2,8	15,4
Encuesta demográfica y de salud de 1988	23,6	5,5	35,1
Encuesta demográfica y de salud de 1993	18,0	3,1	26,0
Encuesta demográfica y de salud de 1998	14,5	2,5	20,9
Encuesta demográfica y de salud de 2003	11,3	0,4	13,9

Fuente: encuestas nacionales demográficas y de salud.

Cuadro 6.3 Indicadores demográficos seleccionados, años seleccionados

Indicador	1988	1993	1998	2003
<i>Población general</i>				
Tasa de mortalidad bruta (por 1.000 habitantes)	—	22,9	23,4	19,7
Tasa de fecundidad total (nacimientos por mujer)	3,4	2,7	2,6	2,2
Tasa de fecundidad general (por 1.000 mujeres de entre 15 y 49 años)	—	95,0	94,0	79,0
Uso de anticonceptivos, cualquier método (porcentaje de mujeres casadas)	63,4	62,6	63,9	71,0
Carencia de uso de métodos de anticoncepción (porcentaje de mujeres casadas)	36,6	37,4	36,1	29,0
Método moderno de anticoncepción (porcentaje de mujeres casadas)	31,0	34,5	37,7	42,5
Método tradicional de anticoncepción (porcentaje de mujeres casadas)	32,3	28,1	26,1	28,5
<i>Mujeres analfabetas (porcentaje de mujeres casadas)</i>				
Método moderno de anticoncepción	—	25,0	28,1	29,9
Método tradicional de anticoncepción	—	24,0	22,5	26,9
<i>Mujeres con educación por lo menos de secundaria (porcentaje de mujeres casadas)</i>				
Método moderno de anticoncepción	—	48,0	52,8	50,8
Método tradicional de anticoncepción	—	38,7	22,5	26,5

Fuente: encuestas nacionales del Ministerio de Salud y la Universidad de Hacettepe.

Nota: — = no disponible.

jas utilizaba anticoncepción. Además, el equilibrio entre los métodos tradicionales y modernos de anticoncepción se había desplazado consistentemente en la población general, en las mujeres analfabetas y en aquellas con al menos un nivel de educación de secundaria.

Enseñanzas y conclusiones

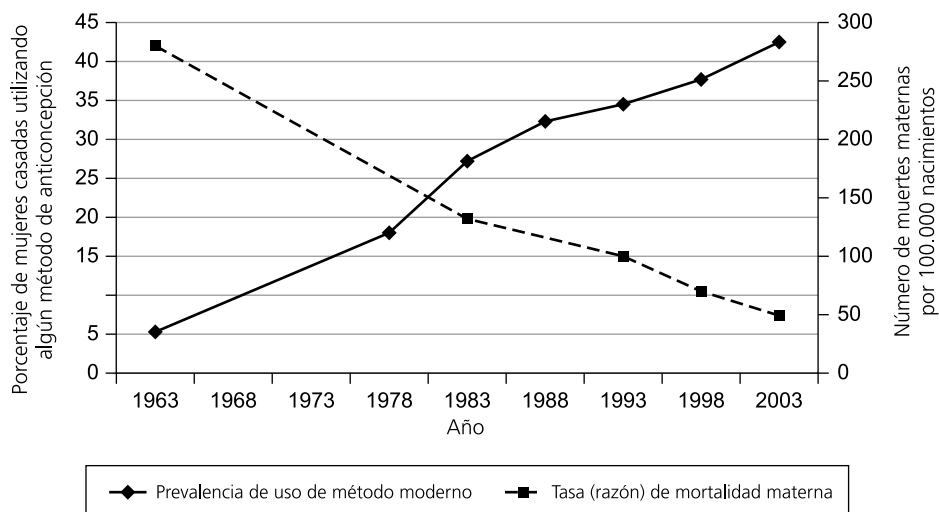
La experiencia de Turquía al cambiar su política de población, tanto en la histórica reversión de 1965 como en la modificación de 1980, demostró la importancia de las siguientes formas efectivas de realizar cambios legales:

- Dirigencia vigorosa y comprometida.
- Apoyo de evidencia científica basada en investigación empírica.
- Defensa a través de canales múltiples (reuniones, publicaciones y medios de comunicación).
- Colaboración intersectorial, dentro del gobierno y con el sector privado.
- Colaboración y apoyo internacional.

Una enseñanza vital provino de la legalización del aborto, que tuvo un gran efecto al prevenir complicaciones relacionadas con el aborto y muertes maternas. *Tres tendencias fueron de mutuo apoyo: abortos más seguros, baja en la tasa (razón) de mortalidad materna y mayor uso de métodos modernos de anticoncepción.* El gráfico 6.2 muestra los cambios paralelos en la búsqueda de anticoncepción y la mortalidad. En la legalización del aborto, la evidencia de estudios nacionales y de investigación operativa fue útil para convencer a quienes tomaban las decisiones y a sus oponentes. Fue también extremadamente valioso el apoyo internacional de colaboración de agencias como la Organización Mundial de la Salud, la Asociación para la Anticoncepción Voluntaria y Segura, los Servicios Internacionales de Asistencia para la Población y el Programa para la Educación Internacional en Salud Reproductiva de Johns Hopkins.

Aunque Turquía ha realizado un notorio progreso en planificación familiar, se requiere la continuación de los esfuerzos para reducir aún más la necesidad insatisfecha de prevención de embarazos no deseados. Además, debe mejorarse la condición social de la mujer y aumentar el empoderamiento femenino como política pública deliberada para ayudar a impedir matrimonios y nacimientos tempranos, embarazos no deseados y minimizar las muertes maternas relacionadas con embarazos de alto riesgo. Los dirigentes a todos los niveles deben dar prioridad a estos temas y trabajar para asegurar el éxito de la planificación familiar en toda la nación.

Gráfico 6.2 Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción y tasa (razón) de mortalidad materna, 1963-2003



Fuente: prevalencia: encuestas nacionales; tasa (razón) de mortalidad materna: Akin y Dogan, 2000; estimados de la Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y State Planning Organization; AVSC; IPAS; Jhpiego.

Entre las necesidades futuras están la revisión sistemática de las políticas, regulaciones e instalaciones de servicio para ofrecer acceso sostenible a planificación familiar de alta calidad y servicios de salud reproductiva; establecer un sistema nacional de información para la administración; aumentar el alcance de la investigación científica y de operaciones; expandir y fortalecer la capacitación para planificación familiar y salud reproductiva; aumentar el número de instructores en todo el país; vincularse a intentos de mejorar las tecnologías anticonceptivas y ofrecerlas al público, y mantener la cooperación y colaboración internacional.

Referencias

- Akin, Ays, e. 1992. "The Present and Future of Family Planning in Turkey." En *Planning for the Future of Family Planning in Turkey: Proceedings of the Abant/Bolu Meeting*, 40-55. Ankara: Ministry of Health.
- _____. 1999. "Cultural and Psychosocial Factors Affecting Contraceptive Use and Abortion in Two Provinces of Turkey." En *Abortion in the Developing World*, ed. A. I. Mundigo y C. Indriso, 191-211. Organización Mundial de la Salud.

- . 2001. “Implementing the ICPD Programme of Action: The Turkish Experience.” En *Sexual and Reproductive Health: Recent Advances, Future Directions*, 2 vols., ed. Chander P. Puri y Paul F. A. Van Look, vol. I, 57–69. New Delhi: New Age International.
- Akın, Ayşe y M. Dogan. 2000. *Survey on Causes of Maternal Mortality from Hospital Records in Turkey*. Ankara: Ministry of Health.
- Altıok, Esen. 1978. “The Development of a Population Policy and Its Implementation.” En *Population Policy Formation and Implementation in Turkey*, ed. Ned Levine y Sunday Üner, 53–74. Ankara: Hacettepe University Publications.
- Anderson, Lewis S. 1970. *Turkey*. Country Profiles Series. Nueva York: Population Council.
- Aytaç, U. 1992. “Family Planning Work of the Ministry of Health.” En *Planning for the Future of Family Planning in Turkey: Proceedings of the Abant/Bolu Meeting*, 13–25. Ankara: Ministry of Health.
- Berelson, Bernard. 1964. “Turkey: National Survey on Population.” *Studies in Family Planning* 1 (5): 1–5.
- Cerit, S. 1989. *Türkiye’de Nüfus Doğurganlık ve Ölümlülük*. Ankara: Yeniçağ Basın-Yayın.
- Fişek, Nusret H. 1963. “Türkiye’de Nüfus Planlaması Çalışmaları.” Reimpreso en 1998 en *Kitaplaşmamış Yazıları-II içinde- Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması*, ed. R. Derleyen Dirican, 171–72. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Publications.
- . 1964a. “Nüfus Planlamasında Hükümetlerin Sorumluluğu.” Reimpreso en 1998 en *Kitaplaşmamış Yazıları-II içinde- Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması*, ed. R. Derleyen Dirican, 173–76. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Publications.
- . 1964b. “Türkiye’de Nüfus Sorunlarının Ele Alınış Tarzı ve Planlar.” Reimpreso en 1998 en *Kitaplaşmamış Yazıları-II içinde- Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması*, ed. R. Derleyen Dirican, 161–70. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Publications.
- . 1967a. “Çocuk Dü, sürmenin Sosyal Yönü.” Reimpreso en 1998 en *Kitaplaşmamış Yazıları-II içinde- Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması*, ed. R. Derleyen Dirican, 151–60. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Publications.
- . 1967b. “Türkiye’de Nüfus Planlaması.” Reimpreso en 1998 en *Kitaplaşmamış Yazıları-II içinde- Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması*, ed. R. Derleyen Dirican, 177–81. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Publications.
- . 1972. “Türkiye’de Doğurganlık, Çocuk Düs,ürme ve Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Arasındaki İlişkiler.” Reimpreso en 1998 en *Kitaplaşmamış Yazıları-II*

- içinde-Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması*, ed. R. Derleyen Dirican, 195–203. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Publications.
- _____. 1983. “Dünyada ve Türkiye’de Nüfus Sorunu.” En *Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı*, ed. Ayşe Akın, 1–21. Ankara: Tanıt Press.
- _____. 1986a. “Aşırı Doğurganlık ve Sağlık.” Reimpreso en 1998 en *Kitaplaşmamış Yazuları-II içinde- Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması*, ed. R. Derleyen Dirican, 127–28. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Publications.
- _____. 1986b. “Türkiye’de Aile Planlaması Program Stratejisi.” Reimpreso en 1998 en *Kitaplaşmamış Yazuları-II içinde- Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması*, ed. R. Derleyen Dirican, 182–87. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Publications.
- Fişek, Nusret H. y Frederic C. Shorter. 1968. “Fertility Control in Turkey.” *Demography* 5 (2): 578–89.
- Holzhausen, W. 1987. “The Population Problem in Turkey (as Seen from the Perspective of a Foreign Donor).” *Nüfusbilim Dergisi (Turkish Journal of Population Studies)* 9: 63–73.
- Kışnişçi, H., y A. Akın. 1978. “Türkiye’de Düşüklerle ilgili Epidemiyolojik Bir Araştırma.” En *Türkiye’de Nüfusun Yapısı ve Nüfus Sorunları 1973 Araştırması*, 113–32. Ankara: Hacettepe University Publications.
- Levine, N. y S. Üner. 1978. *Population Policy Formation and Implementation in Turkey*. Ankara: Hacettepe University Publications.
- Metiner Turgut. 1966. “Implications of the Conference: Turkey.” En *Family Planning and Population Programs: A Review of World Developments*, ed. Bernard Berelson, R. K. Anderson, O. Harkavy, J. Maier, W. P. Mauldin y S. J. Segal, 807–8. Chicago: University of Chicago Press.
- _____. 1969. “Turkey: Answering the Demands of the People.” En *Population: Challenging World Crisis*, ed. Bernard Berelson, 100–10. Voice of America Forum Lectures. Washington, DC: Government Printing Office.
- Official Gazette*. 1965. *557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun*. Ankara: General Directorate of Publications. Abril 10.
- _____. 1983. *2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun; Tüzük ve Yönetmelikler*. Ankara: General Directorate of Publications. Mayo 27.
- Özbay, Ferhunde. 1975. “Türkiye’de 1963, 1968 ve 1973 Yıllarında Aile Planlaması Uygulamalarında ve Doğurganlıktaki Değişmeler.” Documento presentado en la Second Conference on Turkish Demography, Çeşme-Izmir, Turquía.
- Özbay, Ferhunde y Frederic C. Shorter. 1970. “Turkey: Changes in Birth Control Practices, 1963 to 1968.” *Studies in Family Planning* 1 (51): 1–7.

- Population Planning Advisory Board. 1994. *Nüfus Planlaması Danışma Kurulu Çalışmaları, 1993–1994*. Ankara: Ministry of Health.
- Ross, John. 1966. “Recent Events in Population Control.” *Studies in Family Planning* 1 (9): 1–5.
- State Planning Organization. 1993. *Turkey: National Report to the 1994 International Conference on Population and Development*. Ankara: State Planning Organization.
- . 1994. *Nüfus ve Nüfusun Yapısı*. Ankara: Gobierno de Turquía.
- Tokgöz, T., and Ays, e Akın. 1983. “Türkiye’de Aile Planlaması Çalışmaları.” En *Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı içinde*, ed. A. Akın, 22–29. Ankara: Tanıt Matbaası.
- Üner, Sunday. 1984. *Türkiye Nüfusu: Boyutlar Sorunlar Yorumlar*. Ankara: Semih Offset Press.
- Üner, R. y Nusret H. Fis, ek. 1961. *Türkiye’de Doğum Kontrolünün Uygulanması Üzerinde İncelemeler*. Ankara: Ministry of Health and Social Affairs.

III

América Latina y el Caribe

7

Planificación familiar en Chile: una historia de lo inesperado

Hernán Sanhueza

Por muchos años persistió la noción de que el éxito de la planificación familiar en América Latina era una fantasía. Se pensaba que las altas tasas de natalidad y las actitudes negativas de muchos líderes de gobierno eran características inmutables de América Latina; la oposición de la Iglesia católica se consideraba insuperable. Ciertamente había obstáculos: las primeras encuestas revelaron un conocimiento y uso extremadamente bajos de la planificación familiar y, por lo menos en teoría, los ideales de una familia de tamaño grande persistían todavía en los años cincuenta. Entonces sucedió lo inesperado. Casi inmediatamente después de otorgarle a la mujer la oportunidad de tener acceso a la planificación familiar a principios de los años sesenta, se demostró rápidamente que la mayoría de los mitos y obstáculos percibidos eran falsos: el Catolicismo casi no tuvo ningún papel en las decisiones individuales sobre planificación familiar y la influencia de los políticos fue limitada y significativamente distinta de las ideas y necesidades de la mayoría de los latinoamericanos.

Por la mayor parte de su historia, la pugna de América Latina por el desarrollo económico ha sido un círculo vicioso de auges y caídas y las historias de éxito han sido pocas, pero frente a este a menudo oscuro telón de fondo, la planificación familiar en cuanto a Chile se refiere es, de hecho, una de esas historias de éxito. En el recuadro 7.1 se presenta la cronología de sus eventos principales.

El entorno

Desde los años cincuenta, los funcionarios de salud pública y los políticos chilenos habían estado preocupados por los altos niveles de mortalidad y morbilidad materna e infantil del país. Uno de los factores motivadores subyacentes a la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952 fue la patente necesidad de mejorar la cobertura de la población total con un sistema de salud adecuado que ofreciera, entre otras cosas, una buena atención en obstetricia. Sin embargo, una década después,

Recuadro 7.1 Cronología de actividades de planificación familiar

- Década de 1950: Las preocupaciones sobre los efectos del aborto y los embarazos no deseados en la mortalidad y morbilidad materna llevan a la investigación sobre la epidemiología del aborto y el comportamiento reproductivo.
- Fin de la década de 1950: Introducción de nuevas tecnologías anticonceptivas, principios de la década de 1960: dispositivos intrauterinos y anticonceptivos orales. Se desarrolla una versión nacional del dispositivo intrauterino, se somete a prueba y se ofrece al público.
- 1961-62: Primera visita a Chile de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Se conforma el Comité Chileno de Protección de la Familia.
- 1963: La IPPF ofrece ayuda financiera y contactos internacionales a quienes trabajan en planificación familiar. Otras agencias y fundaciones internacionales siguen el ejemplo.
- 1964: El SNS adopta la primera política sobre planificación familiar.
- 1965: Se organiza la Asociación Chilena de Protección de la Familia, se une a la IPPF y ofrece asesoría técnica y ayuda material al programa de planificación familiar.
- 1966: El SNS refina sus objetivos de planificación familiar y amplía el programa con contribuciones de agencias internacionales.
- 1967: Se celebra en Santiago la octava Conferencia Internacional de Planificación Familiar patrocinada por la Asociación Chilena de la Protección de la Familia. El presidente Eduardo Frei inaugura la conferencia.
- 1968: El Vaticano reafirma su posición de oposición a la anticoncepción artificial publicando la encíclica *Humanae Vitae*. Los grupos e individuos opuestos a la planificación familiar hacen oír más su voz y empiezan a formar alianzas internacionales. Sin embargo, las actitudes y comportamiento de la población no varían en forma sustancial.
- 1970: Elección del gobierno socialista. El programa de planificación familiar continúa su expansión en el gobierno del presidente Salvador Allende.
- 1973: Se produce el golpe militar y el general Augusto Pinochet asume el poder. A pesar de la alteración en la vida de las personas continúa el programa de planificación familiar, si bien afectado por recortes presupuestales en el Servicio Nacional de Salud.
- 1989: En el gobierno de Pinochet, se enmienda el artículo 19 del Código de Salud a fin de restringir más el acceso al aborto.
- 1990-hoy: Se restaura el gobierno democrático, con el resultado de mayor libertad de expresión y participación comunitaria. Todos los gobiernos electos después de la dictadura continúan el apoyo a la planificación familiar. El movimiento feminista hace oír más su voz en cuanto al análisis de géneros (el conocimiento de las diferencias de la sociedad en los papeles, necesidades y oportunidades entre hombres y mujeres) y la interacción entre proveedores y clientes, contribuyendo en forma positiva al programa.

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 7.1)

2001-06: Después de repetidos problemas legales, la Agencia Reguladora Nacional permite la venta de anticoncepción de emergencia (píldoras de levonogestrel) con receta médica. En 2004, se incluye en las normas para la atención de mujeres que han sufrido violencia sexual y en 2006 se incluye en las normas de regulación de fecundidad del Ministerio de Salud para su distribución gratis en las clínicas públicas.

la mortalidad materna continuaba alta con 280 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos (Avendaño, 1975) y a principios de los años sesenta, era evidente que los niveles de aborto inducido, que entonces era ilegal como lo sigue siendo todavía, continuaban altos. Estaba claro que el mejoramiento de la cobertura y la calidad de atención de los partos eran insuficientes y que debía atenderse a las causas originales del aborto ayudando a las mujeres a impedir los embarazos no deseados. Otra preocupación era la mortalidad infantil, que había permanecido más o menos estática con una tasa de más de 100 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos desde mediados de la década de 1950 (Avendaño, 1975).

Los antiguos registros históricos indican que los seres humanos siempre han buscado medios de controlar su fecundidad. A fines de la década de 1950, se renovó en el mundo entero el interés por mejorar las tecnologías de anticoncepción, ya que en ese tiempo la búsqueda de soluciones a las consecuencias para la salud de los abortos inducidos en forma ilegal y de la fecundidad no deseada era un fenómeno virtualmente universal. En Chile, el anticonceptivo específico que atrajo la atención de algunos médicos fue el dispositivo intrauterino (DIU) hecho con sutura de seda, que había desarrollado el doctor Ernst Graefenberg en Alemania en 1929. El doctor Jaime Zipper desarrolló una versión chilena del DIU utilizando hilo de nylon en forma de anillo. Después de comprobar su eficacia y seguridad, los médicos empezaron a ofrecer el anticonceptivo en el Hospital Barros Luco de Santiago. Las mujeres aceptaron inmediatamente la nueva tecnología. Muy pronto, un número creciente de médicos empezó a ofrecer inserciones de DIU en otros puntos de servicio, primero en Santiago y después en otras áreas del país.

A principios de los años sesenta, el desarrollo y disponibilidad posterior de los anticonceptivos orales dio un gran impulso a los nacientes esfuerzos de planificación familiar. Debido a sus características, los anticonceptivos orales mostraron ser un buen complemento del DIU. Al ofrecerse en las farmacias sin necesidad de receta y no requerir la participación de un médico, fueron extremadamente populares, en especial entre las mujeres jóvenes. Desde entonces, 80% a 90% de las usuarias de anticonceptivos en Chile han optado por el DIU o por las píldoras.

Chile fue uno de los primeros países en adoptar la planificación familiar en América Latina a principios de la década de 1960, dada la confluencia en ese tiempo de varios factores, algunos de los cuales contribuyeron también a la rápida expansión de la planificación familiar en el país. Primero, el interés y pericia en salud pública que había existido por varios años dieron como resultado la formación de un grupo base de profesionales entrenados en esa disciplina. Para ese tiempo, las escuelas de salud pública en el país habían desarrollado un historial de competencia y ofrecían capacitación a médicos chilenos y de muchos otros países latinoamericanos. Debido a esta tradición en salud pública, Chile tenía, en comparación a los estándares latinoamericanos, relativamente buenos sistemas de supervisión y estadísticas de salud que permitieron al sistema de salud pública identificar y seguir de cerca los principales temas de salud. Chile ha contado además con información censal periódica desde 1835, con censos que se realizan más o menos cada diez años y que han proporcionado información para el denominador suficientemente confiable.

Segundo, en esa época Chile ya tenía un sistema nacional de salud establecido con amplia cobertura que prestaba servicios de salud gratis o a un costo nominal en hospitales y otros puntos de servicio a la clase trabajadora y sus familias. Además, el Servicio Nacional de Salud (SNS) cubría bastante más del 50% de la población.

Tercero, los profesionales de la salud reconocían la enorme necesidad que había de impedir los embarazos no deseados según lo manifestaba la alta incidencia de abortos inducidos que venía cobrando un alto número de víctimas en cuanto a mortalidad y morbilidad maternas. En 1964 y 1965 los estimados indicaban que más o menos dos de cada cinco muertes maternas se debían al aborto inducido (Avendaño, 1975) y se estimó la mortalidad materna en 29 muertes por cada 10.000 nacimientos vivos (Cabrera y otros, 1975).

Cuarto, varias organizaciones especializadas de las Naciones Unidas tenían sede en Chile en ese tiempo, entre ellas el Centro Latino Americano de Demografía. Esta proximidad ayudó tanto a las organizaciones como a los individuos en Chile a interactuar con agencias internacionales y a tener acceso a pericia especializada.

Por último, un componente crucial para asegurar el acceso a la planificación familiar de la población fue la existencia de las *matronas*, un grupo especializado de parteras-enfermeras. Éstas eran profesionales capacitadas en la universidad que prestaban servicios de obstetricia a las mujeres, semejantes a las practicantes de enfermería en los Estados Unidos hoy, pero con especialización en obstetricia. Las parteras-enfermeras estaban mucho más cercanas a las mujeres con necesidad de anticoncepción que los médicos, no sólo por ser mujeres ellas también, sino porque eran más numerosas y estaban mejor distribuidas en el país que los obstetras y ginecólogos. El SNS tomó la sabia decisión de permitir a las parteras-enfermeras insertar los DIU y ofrecer otras

clases de anticonceptivos a partir de 1974. Esto aumentó la cobertura y resolvió cuellos de botella que habrían impedido el acceso general a la anticoncepción.

A principios de los años sesenta, el rápido crecimiento de la población no era percibido en Chile como un problema. La noción general era que a las tasas de crecimiento predominantes, el país era capaz de atender las necesidades de los ciudadanos en el futuro previsible. Los mismos sentimientos y creencias predominaban en otros países latinoamericanos. Aunque encuestas realizadas en cinco capitales de América Latina durante los años intermedios de la década de 1960 mostraron que el rápido crecimiento de la población empezaba a surgir como un asunto que ameritaba consideración por parte de quienes tomaban las decisiones, mostraron también que aunque el 56% de los líderes entrevistados decían que les preocupaba el rápido crecimiento de la población, sólo el 25% pensaba que era un problema en su propio país (Stycos, 1970). Curiosamente, la situación de entonces con relación al crecimiento de la población era similar a la percepción de la gente con respecto al VIH/SIDA en los años ochenta, es decir, el problema ciertamente afecta a otros países, pero no al nuestro.

En 1965, las encuestas de población realizadas por el Centro Latino Americano de Demografía habían empezado a mostrar un rápido crecimiento de la población debido a una alta fecundidad y una decreciente mortalidad, en particular en las áreas rurales. En ese tiempo, la preocupación sobre el rápido crecimiento de la población y sus posibles impactos negativos para el desarrollo y para la salud había empezado a surtir efecto internacionalmente y se desarrollaron varios modelos para estudiar la interacción de las variables de población con el desarrollo utilizando datos de países específicos.

Historia de la planificación familiar

En 1961, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), a través de su Oficina Regional del Hemisferio Occidental, contactó a las autoridades chilenas de salud con el fin de averiguar qué sucedía con respecto a la planificación familiar en el país. A principios de 1962, una funcionaria de la IPPF visitó Chile para establecer contactos y explorar posibilidades de colaboración. En la serie de discusiones que tuvo lugar durante esa visita participaron médicos bien conocidos y, debido a la naturaleza del tema y a las personalidades involucradas, los medios de comunicación le dieron mucha publicidad. Las reuniones también fueron un poderoso incentivo para que un grupo ya motivado de médicos, que incluía principalmente obstetras, ginecólogos y especialistas en salud pública, prosiguiera con su interés de incrementar las actividades existentes de planificación familiar. Esto se hizo con la participación callada, pero efectiva, de las autoridades de salud, que prestaron las instalaciones y el personal del SNS para proveer los servicios sin comprometerse oficialmente ellas mismas.

El único acto oficial de las autoridades de salud en 1962 fue la creación, por parte del entonces director general del SNS, el doctor Gustavo Fricke, de un comité asesor para estudiar las formas de reducir la incidencia del aborto y los costos financieros para la salud. El director general procedió a invitar al grupo central de médicos que trabajaban en planificación familiar a constituir lo que entonces se denominó el Comité Chileno para la Protección de la Familia. Este comité, que aportó la primera asesoría oficial al SNS, evolucionó con el tiempo y, en 1965, se constituyó en una organización privada sin ánimo de lucro, la Asociación Chilena de Protección de la Familia, Aprofa), que se afilió después a la IPPF. A través de su historia de más de 40 años, Aprofa ha provisto apoyo al programa de planificación familiar de Chile.

En 1963, la IPPF había empezado a prestar ayuda financiera y material a organizaciones chilenas, lo que produjo una mayor expansión de la educación y los servicios de planificación familiar.

Los temas relacionados con la sexualidad y reproducción humanas han sido siempre delicados y controvertidos. Todas las religiones han impuesto tabúes y límites estrictos a la expresión y el comportamiento sexual y la Iglesia católica no ha sido la excepción. Es por eso digno de notar que todo esto sucedía en un tiempo en que a Chile, un país abrumadoramente católico, lo gobernaban el presidente Jorge Alessandri y un partido conservador derechista.

En 1964, fue elegido un nuevo gobierno nacional. El presidente demócrata cristiano Eduardo Frei tenía fuertes lazos con la Iglesia católica y también los tenía su gabinete. Dada la tradicional oposición de la iglesia a la anticoncepción artificial, podría haberse esperado un retroceso con relación a las actividades de planificación familiar como consecuencia de las elecciones, pero eso no sucedió; por el contrario, el nuevo director del SNS consideró cuidadosamente las recomendaciones del comité asesor de Fricke y, con base en esas recomendaciones, anunció la primera política de planificación familiar del gobierno, cuyo propósito fue reducir los riesgos asociados con el aborto realizado en malas condiciones, respetando la conciencia y dignidad de los individuos.

En 1965, con esta política, el SNS empezó oficialmente a ofrecer planificación familiar en sus instalaciones a través de su programa de salud de madre y niño. Más o menos en ese tiempo, otras redes de salud que atendían las necesidades de varios grupos comunitarios, como funcionarios civiles, militares y policías, empezaron a ofrecer también planificación familiar a sus constituyentes.

Este fue un año importante para la planificación familiar en Chile por varias otras razones. Aprofa, la recién formada asociación de planificación familiar, había iniciado el proceso de afiliación a la IPPF y había llegado a un acuerdo con la federación para planear y organizar la octava Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar en Chile en 1967. El doctor Hernán Romero, presidente de la junta directiva

de Aprofa, fue nombrado secretario ejecutivo de la futura conferencia, lo que le dio a la asociación enorme visibilidad e influencia en el país. Las actividades preparatorias conducentes a la conferencia llevaron a la participación de muchas organizaciones e individuos influyentes tanto del sector público como del privado y fueron decisivas para determinar las futuras características de la planificación familiar en el país.

La conferencia, a la que asistieron más de 1.000 delegados de 87 países, defendió dos de los principales conceptos de la IPPF, a saber: que la planificación familiar es un derecho humano básico y que debe mantenerse el equilibrio entre la población, los recursos naturales y la productividad como condición necesaria para la felicidad humana, la prosperidad y la paz. El presidente de Chile inauguró la conferencia, dándole así el sello oficial de aprobación. En su discurso, mencionó que los temas suscitados por el rápido crecimiento de la población debían estudiarse y confrontarse en forma apropiada. En un tiempo en que los campos de población y la planificación familiar recibían una creciente atención mundial, la conferencia tuvo claras repercusiones no sólo en Chile sino internacionalmente.

A través de los años, la planificación familiar dentro del programa de salud de madre y niño del SNS continuó evolucionando, pero su foco principal fue siempre tratar de reducir la mortalidad materna e infantil y promover el bienestar de la familia fomentando la paternidad responsable y ofreciendo los medios necesarios para que las personas tomaran sus propias decisiones sobre el asunto. Se refinaron las declaraciones de políticas y se hicieron más específicas con el tiempo. Por ejemplo, en una circular del SNS en 1966 se fijaron los objetivos específicos del programa, indicando que aspiraba a llegar al 100% de las mujeres hospitalizadas por aborto, al 40% de las hospitalizadas para dar a luz y al 10% de las mujeres en edad reproductiva que asistían a sus distintos establecimientos de servicio. En circulares posteriores se elaboraron y refinaron aún más los objetivos del programa, pero no cambió su esencia.

Tras las elecciones, el régimen socialista de Salvador Allende sucedió al gobierno de Frei en 1970. En 1973, se produjo un sangriento golpe de estado militar que fue seguido por la dictadura prolongada y represiva de Augusto Pinochet. Cada uno de estos dos últimos regímenes tuvo sus propias ideas con respecto a la planificación familiar y actuó con base en ellas. Por ejemplo, durante el período de Allende, el Ministerio de Salud introdujo el concepto de servicio integral de salud para la mujer, con planificación familiar como uno de sus componentes integrales. La mujer debía recibir servicios de salud preventivos y curativos a partir de la adolescencia por toda la vida y los programas oficiales debían prestar dichos servicios. El gobierno de Allende fijó también límites a la introducción de nuevos métodos anticonceptivos, indicando que sólo se utilizarían los aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas de los EUA. En el caso del gobierno de Pinochet, una breve campaña pronata-

lista en 1978-79 obstaculizó el uso de anticonceptivos. Esto sucedió en un tiempo de recortes de personal del SNS y produjo un aumento temporal en la fecundidad, pero ya en 1982, la fecundidad había vuelto a declinar. Más adelante, en 1989, la nueva Ley de Aborto restringió aún más el acceso al aborto legal.

Durante los 20 años transcurridos desde que la planificación familiar dio sus primeros pasos en los años sesenta, hasta los años ochenta, el SNS y otras instituciones importantes de salud siguieron prestando servicios sin interrupción a través de los distintos gobiernos, algunos de los cuales afectaron en forma drástica la vida de todos los chilenos. Esto muestra un signo claro de compromiso con el tema y de madurez y estabilidad institucional. En adición, Aprofa tuvo la capacidad de adaptarse a las cambiantes realidades políticas y colaborar efectivamente con los distintos gobiernos.

Los actores principales

La planificación familiar empezó con el sector privado, representado por un grupo de médicos influyentes preocupados por algunos temas serios de salud que producían altos niveles de mortalidad y morbilidad materna e infantil. Recibieron ayuda sustancial de organizaciones internacionales que observaban las mismas realidades en otros países, algunos de los cuales, preocupados por las altas tasas de crecimiento de la población debido a una alta fecundidad sostenida y a una mortalidad en descenso, habían empezado a estudiar el tema y a colaborar entre sí y con instituciones de países en desarrollo.

Esos médicos, que fueron los pioneros, se organizaron para mejorar y expandir su área de influencia y para dar continuidad al naciente movimiento fundando Aprofa. Algunos eran profesores de obstetricia y salud pública que empezaron a capacitar a otros médicos y a personal de salud en planificación familiar y disciplinas relacionadas en las universidades donde trabajaban. Su prestigio profesional tuvo una influencia decisiva en las decisiones tomadas por las autoridades de salud de aquel tiempo.

Los principales proveedores de servicios de planificación familiar de 1960 a 1990 fueron y todavía son, el gobierno a través de su programa materno-infantil, otras organizaciones de salud cuasi oficiales y el sector comercial, incluyendo médicos y farmacias, en las que aún se venden los anticonceptivos orales sin necesidad de receta médica.

La colaboración entre Aprofa, la asociación privada afiliada a la IPPF y el SNS, fue crucial al evolucionar en el tiempo. Aprofa fue el motor que promovió primero el interés y luego las acciones emprendidas por el SNS en relación con la planificación familiar. La asociación sirvió también como vínculo entre la ayuda internacional y el gobierno. Mediante una serie de acuerdos con el SNS, Aprofa ofreció por muchos

años el grueso de los anticonceptivos importados, los equipos y otros productos que utilizó el SNS para expandir sus programas. Ayudó también a coordinar actividades de capacitación para el personal de salud en Chile y otros países latinoamericanos. Además, ofreció asistencia técnica al SNS en el desarrollo de estadísticas de servicios y sistemas de supervisión.

En una sociedad profundamente conservadora, según algunos observadores la más conservadora de América Latina, y con la callada aprobación del gobierno, Aprofa fue una de las primeras organizaciones que empezó a capacitar maestros en educación sexual básica. En esa época tiempo, todos los participantes reconocían tácitamente que se enfrentarían a la crítica por tratar temas de la sexualidad en el salón de clases y que una organización privada estaba mejor adecuada para soportar el embate de dicha crítica.

La IPPF fue la primera agencia internacional en expresar interés en la planificación familiar en Chile, empezando en 1961, y ha seguido colaborando con el país desde entonces. Otras organizaciones internacionales participaron también en varios aspectos de planificación familiar y programas de población en Chile a mediados de los años sesenta y ocuparon un papel importante en su desarrollo, influyendo en la magnitud, la rapidez y la forma de la planificación familiar. Su participación creó también controversia ocasional y sospecha en algunos círculos, y la percepción de que la planificación familiar recibía favores especiales de donantes en detrimento de otros aspectos del desarrollo. Algunas de las agencias más importantes fueron las fundaciones Ford y Rockefeller, el Consejo de Población, la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Pathfinder Fund.

La IPPF suministró financiación esencial y apoyo institucional a las operaciones de Aprofa desde su comienzo y sirvió también como canal de financiación de la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional para productos y equipos anticonceptivos. Con los años, ha suministrado financiación y asistencia técnica para una variedad de proyectos y programas cuyo rango va desde la capacitación de maestros en educación sexual hasta la introducción de conceptos y técnicas de sustentabilidad institucional.

La Fundación Ford contribuyó en forma sustancial al desarrollo de la dinámica poblacional y la biología reproductiva. Proporcionó apoyo importante a la investigación y la capacitación en el Centro Latinoamericano de Demografía y la Asociación Latinoamericana para el Estudio de la Reproducción Humana, ambas con base en Santiago. Proporcionó también becas a profesionales para estudios de posgrado en el exterior. La Fundación Rockefeller apoyó el desarrollo y evaluación de programas de planificación familiar, incluyendo la planificación familiar posparto.

Varias otras organizaciones internacionales han ofrecido también distintos tipos de asistencia. El Consejo de Población ayudó a financiar investigación sobre reproducción humana y actividades en los programas. El Pathfinder Fund financió cursos de capacitación para médicos y otro personal de la salud. La Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional aportó apoyo financiero indirectamente por medio de otras organizaciones y directamente al SNS para infraestructura, equipos y salarios. Contribuyó también con recursos al Ministerio de Educación para capacitación de maestros en educación sexual y para la vida familiar, y donó anticonceptivos al programa nacional de planificación familiar hasta 1992. El Fondo de Población de las Naciones Unidas firmó un acuerdo con el gobierno en 1972 para apoyar el programa de servicios de salud materna e infantil y el programa para promover el bienestar familiar, incluyendo educación en salud y promoción de servicios para facilitar la paternidad planeada y responsable.

Los resultados de la colaboración de Chile con la comunidad internacional incluyeron compartir las enseñanzas obtenidas, la capacitación de profesionales de otros países y la investigación, particularmente en biología reproductiva, desarrollo de anticonceptivos y salud pública.

La contribución chilena a la planificación familiar internacional

La comunidad internacional de planificación familiar ha reconocido debidamente la contribución de algunos chilenos. Los aportes del doctor Jaime Zipper al desarrollo de una nueva forma mejorada del DIU y la promoción de su uso representaron un gran adelanto cuantitativo (*quantum leap*) de progreso en el campo. La temprana introducción de esta versión chilena del DIU tuvo efectos duraderos en Chile, donde la mayor parte de las mujeres continúan utilizándolo. El doctor Benjamín Viel, prestigioso profesor de salud pública, contribuyó a la formación de numerosos estudiantes de medicina y médicos en planificación familiar y a la educación de funcionarios a nivel de toma de decisiones y del público en general, sobre la interacción entre las variables de la población y la salud; Los doctores Juan Díaz y Aníbal Faundes poseen un historial continuo y exitoso sobre investigación básica y aplicada, y capacitación en relación con temas de salud reproductiva y su impacto en la sociedad y el trabajo en equipo de los doctores Horacio Croxatto y Soledad Díaz en el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva ha estado al frente de la investigación sobre la fisiología de la reproducción, el desarrollo y evaluación de métodos anticonceptivos, la interacción dinámica entre la prestación de servicios y los clientes de los programas de planificación familiar, y la introducción de la anticoncepción de emergencia.

Oposición a la planificación familiar

En comparación con la oposición a la planificación familiar en los Estados Unidos y algunos otros países latinoamericanos, la oposición en Chile fue moderada, más semejante a lo ocurrido en países europeos.

El papel de la Iglesia católica

En forma contraria a lo que podría haberse esperado, la reacción de la Iglesia católica a las nuevas iniciativas de planificación familiar no fue fuerte. Romero, el primer presidente de la junta directiva de Aprofa, declaró que en una reunión a la que asistió de la Academia de Medicina San Lucas –un grupo de reflexión católico y conservador– un obstetra profundamente religioso había defendido públicamente el uso del DIU (Romero, 1969). En la reunión participó el cardenal Raúl Silva Henríquez, quien cerró la sesión diciendo que era deber de muchas parejas regular el tamaño de su familia y que no podía establecerse ninguna regla general o rígida para elegir el método empleado. Luego continuó diciendo que cada pareja debería utilizar su propio juicio al tomar decisiones.

La posición de la Iglesia católica en Chile sobre la anticoncepción sólo empezó a cambiar y a endurecerse después de que El Vaticano publicó la encíclica *Humanae Vitae* (con el subtítulo de *Sobre la regulación de la natalidad*) en 1968, pero aun entonces, la oposición tenaz a la planificación familiar fue algo que defendió la jerarquía de la Iglesia y no el párroco o el cura de aldea. La mayor parte de la gente ni siquiera se percató de que la Iglesia se oponía a la anticoncepción. Según una encuesta de 1970 en Santiago sólo una pequeña minoría de las mujeres tenía una opinión negativa de la planificación familiar y, de ellas, sólo el 8% se opuso a la planificación familiar por razones religiosas (Vaessen y Sanhueza, 1971). La razón más importante, que sigue siéndolo aún, fue la percepción de que la anticoncepción podía plantear un riesgo para su salud. Sin embargo, la oposición religiosa oficial empezó a producir resquemores entre algunos a nivel de toma de decisiones, y algunos médicos católicos empezaron a argumentar que tanto los DIU como los anticonceptivos orales podían ser abortivos o que causaban serias complicaciones y efectos colaterales. No obstante, esto no constituyó un impedimento mayor para que las autoridades de salud siguieran adelante o para que las mujeres católicas utilizaran anticonceptivos.

Los años sesenta fueron difíciles para la jerarquía católica en Roma. La escuela de la teología de la liberación estaba haciendo incursiones mayores, en particular en América Latina, apuntando a la redefinición de la misión de la Iglesia en los campos de la justicia social, la pobreza y los derechos humanos. En gran medida a causa

del apremio del Consejo Episcopal Latinoamericano, creado en 1955, el papa Juan XXIII había convocado la organización del Concilio Vaticano Segundo (1962-65), una serie de reuniones que tendrían lugar durante varios años para reconsiderar la posición de la Iglesia en el mundo moderno. A principios de los años sesenta, el Consejo Episcopal Latinoamericano estaba en proceso de organizar una conferencia de obispos latinoamericanos, que tendría lugar en Medellín, Colombia, en 1968. Las preocupaciones sociales expresadas por los obispos católicos en América Latina habían recibido amplia cobertura de prensa y habían influido en el pensamiento de la dirigencia política del continente. Sin embargo, a la muerte del papa Juan XXIII en 1963, el nuevo papa, Pablo VI, preocupado por las connotaciones socialistas de la Iglesia latinoamericana, retornó la jerarquía católica a una posición tradicional y conservadora. La encíclica *Humanae Vitae* de Pablo VI rechaza el uso de cualquier medio artificial de anticoncepción en cualquier circunstancia y ha permanecido como posición oficial de El Vaticano desde 1968. Tras la publicación de esa obra, los opuestos a la planificación familiar por razones religiosas hicieron oír más su voz y se organizaron y financiaron mejor, poniendo barreras institucionales en el camino de la planificación familiar y la educación sexual y retrasando las acciones del gobierno en Chile y otras partes. A pesar de esto, la actitud de la gran mayoría de la población no ha cambiado. La gente ha seguido utilizando métodos modernos y efectivos de planificación familiar, complementados con el aborto, cuando los necesitan.

Oposición política

Los grupos políticos organizados no expresaron mayor oposición a la planificación familiar como tema de derechos de salud e individuales. Algunos sectores de la extrema izquierda manifestaron sospechas de los motivos de las organizaciones internacionales para financiar el “control de la población”. La retórica fue que ésta era otra expresión del imperialismo del norte para reducir el crecimiento de la población como medio de frustrar la revolución del proletariado en el mundo en desarrollo. Esta posición probablemente se vio fortalecida por los alarmistas del crecimiento de la población, que anticipaban una catástrofe de grandes proporciones para la humanidad si no se ejercía acción inmediata para detener el crecimiento de la población. El argumento demostró no ser un obstáculo importante en Chile, ya que el objetivo principal declarado de la planificación familiar era ayudar a los individuos a evitar la fecundidad no deseada y nunca fue visto como una herramienta diseñada para reducir el crecimiento de la población.

Oposición de derechos humanos

Algunas feministas y otros grupos de derechos humanos argumentaron contra la terminología utilizada al comienzo de los programas de planificación familiar, tal como control de la natalidad, argumentando que implicaba que funcionaba alguna fuerza externa para impedir que las mujeres tuvieran hijos. Esta moderada oposición se apagó al cambiar la terminología a regulación de la fecundidad. Fue de mayor importancia que el movimiento feminista organizado expresara también preocupaciones sobre las complicaciones potenciales que surgieran del uso de los anticonceptivos, sobre el enfoque paternalista de los médicos al prestar los servicios y sobre la necesidad de incluir una perspectiva de género en las actividades del programa. Los argumentos y críticas suscitadas por el movimiento feminista inicialmente produjeron fricción con el establecimiento de planificación familiar, pero tuvieron un efecto positivo a largo plazo al forzar a los programas a analizarse a sí mismos, lo que ayudó a mejorar muchos aspectos de la prestación de servicios, entre otras cosas, asegurando el derecho de los clientes a ser tratados con dignidad, recibir la consejería apropiada y participar en la toma de decisiones.

Resultados del programa

La población de Chile era de 7,6 millones a principios de la década de 1960, con una tasa de natalidad bruta de 37 nacimientos vivos por 1.000 habitantes y una de mortalidad de 12 muertes por 1.000 habitantes. El crecimiento sustancial de la población había empezado a principios de los años cincuenta, debido a la alta fertilidad sostenida y declinante mortalidad, y la tasa de aumento natural de la población alcanzó su pico de 2,5% anual a principios de los años sesenta. Este fue un período en el que el promedio de hijos de la mujer chilena era de más de cinco y la tasa de mortalidad infantil era de 114 muertes por 1.000 nacimientos vivos (Naciones Unidas, 2002).

Al ganar predominio el conocimiento de la planificación familiar y el uso de anticonceptivos en los años sesenta, la fecundidad empezó a declinar y para principios de los años noventa, la fecundidad, la mortalidad general y la infantil habían bajado en forma sustancial. Entre 1990 y 1995 la tasa de natalidad bruta había caído a 22,5 nacimientos vivos por 1.000 habitantes y la tasa de mortalidad a 6,4 muertes por 1.000 habitantes. La mortalidad infantil se había reducido en forma espectacular a 16,9 muertes por 1.000 nacimientos vivos y la tasa de aumento natural de la población era de 1,6% (Naciones Unidas, 2002).

Todo esto tuvo lugar en un período de expansión de actividades de planificación familiar y uso de anticonceptivos, con modernización sustancial de la sociedad chi-

lena, mejoras en los niveles educativos y servicios de salud primarios, mejores condiciones de vida y significativa migración rural-urbana que dio como resultado que alrededor del 85% de la población viviera en las ciudades para 1990. En esta transición influyeron muchos factores. Como resultado del mejor acceso y uso de la población de la planificación familiar efectiva, la multiparidad bajó, lo mismo que el número de nacimientos no deseados. El número total de nacimientos cayó y el espaciamiento entre nacimientos se hizo más largo. En consecuencia, la mortalidad materna disminuyó de una alta tasa de 283 muertes por 100.000 nacimientos vivos en 1964, a 40 en 1990 (Aprofa, 1992) y a unas 20 en 2000 (Ministerio de Salud, 2006). Durante los años setenta y ochenta, la edad promedio a la que la mujer tenía su primer hijo era de alrededor de 24 años, pero el espaciamiento entre nacimientos aumentó de dos años a tres y el número total de nacimientos disminuyó en forma marcada, en especial entre las mujeres mayores. La reducción de la fecundidad fue particularmente notable entre los sectores menos educados de la población (Instituto Nacional de Estadística, 1989).

Dado que Chile no realiza encuestas nacionales de fecundidad regulares con muestras representativas de todas las mujeres en edad reproductiva como lo han hecho otros países de América Latina y del mundo, la información sobre el uso de planificación familiar se ha derivado de estadísticas de servicios, como el número de inscritos, usuarios activos en instalaciones del SNS y en otros servicios de salud. Instituciones como Aprofa y el Ministerio de Salud intentaron también obtener información sobre el uso de anticonceptivos orales y otros anticonceptivos provistos sin participación médica, consiguiendo las cifras sobre distribución a las farmacias en las empresas farmacéuticas. Las estadísticas de servicios se relacionaron entonces con estadísticas del censo y estadísticas vitales con la intención de sacar conclusiones sobre la efectividad del programa. Con este procedimiento sólo se pueden describir tendencias y no puede tratarse la causalidad, pues intervienen muchos otros factores que afectan la actitud y el comportamiento de la gente, algunos de los cuales ya se anotaron.

La información disponible indica una rápida aceptación y uso de la planificación familiar una vez iniciado el programa. Entre 1964 y 1974, el número de usuarias activas de anticoncepción en edad reproductiva, beneficiarias de los servicios del SNS y otras redes de salud y farmacias, creció de unas 59.000 a 539.000. Esto representó un aumento de la cobertura de la población objetivo de 3,5% a 22,9% (Cabrera y otros, 1975). El número de mujeres en edad reproductiva que eran usuarias activas del programa creció en un 86%, junto con una caída simultánea de 29,8% de la tasa de natalidad y de 38,5% de la mortalidad infantil (Cabrera y otros, 1975).

Información más reciente del Ministerio de Salud muestra que el número de usuarias de anticonceptivos, clientes del SNS (llamado ahora Sistema Nacional de Servicios de Salud) creció de 600.000 en 1990 a 1,1 millones en 2004, un aumento importante.

Durante este período, la fecundidad continuó bajando y la tasa de fecundidad total había llegado a 1,9 nacimientos por mujer en 2003 (Ministerio de Salud, 2006).

La mejor información sobre la combinación de los diversos anticonceptivos usados proviene de una encuesta de población de Aprofa en 1989-90 que incluyó una muestra de 1.400 mujeres en edad reproductiva viviendo en áreas rurales y urbanas, que mostró una prevalencia de uso de anticonceptivos del 56,6% de dichas mujeres en las áreas urbanas y del 53,6% en las rurales. Más o menos la mitad de las mujeres encuestadas estaban usando DIU. El porcentaje de mujeres urbanas (26%) que usaba anticonceptivos orales fue mayor que el de las rurales (22%). Al mismo tiempo, la esterilización femenina fue más alta en las mujeres rurales (17%) que en las urbanas (10%). Las estadísticas del Sistema Nacional de Servicios de Salud para 2001 muestran que entre las que utilizaban instalaciones de salud pública, la mayor parte de las usuarias de anticonceptivos (58%) usaba DIU y alrededor del 3% usaba anticonceptivos orales, en tanto que la esterilización femenina sólo representó el 2,5% de las usuarias de anticonceptivos (Schiappacasse y otros, 2003).

Una encuesta nacional de hogares sobre salud y calidad de vida en 2000 mostró que el 52,5% de las entrevistadas declaró que no utilizaba anticonceptivos, pero 8 de cada 10 usuarias dijo que la razón era que no lo necesitaba. Entre las usuarias, más de la mitad obtenía sus anticonceptivos de fuentes de salud pública, más de una cuarta parte de proveedores privados y el resto en las farmacias (Ministerio de Salud, 2006).

Aborto inducido

Dado que el aborto inducido ilegal fue uno de los factores motivadores de la planificación familiar, amerita comentarios adicionales. El aborto ha sido siempre una práctica común en Chile a pesar de ser ilegal y, debido a esta situación, ha sido difícil obtener datos específicos sobre la magnitud y otras características del aborto. En los años cincuenta, las fuentes principales de información fueron los hospitales y los registros de los servicios de emergencia, que se reconocía declaraban menos de lo debido. Plaza y Briones (1962) concluyeron que los abortos representaban el 41% de los egresos de los servicios de emergencia y el 8% del total de los egresos de los hospitales en su estudio. El tratamiento de los problemas relacionados con el aborto consumió alrededor de una cuarta parte del total de los recursos de obstetricia. En adición, las estadísticas hospitalarias indicaron un enorme aumento en hospitalizaciones posteriores a abortos, de 8,4 por 100 nacimientos vivos en 1937 a 22,3 en 1960 (Armijo y Monreal, 1964).

A fines de los años cincuenta y principios de los sesenta, los primeros estudios comunitarios en América Latina se realizaron en Chile y proporcionaron una mejor

idea de la situación en relación con el aborto. Los estimados indicaron que alrededor de un tercio de todos los embarazos terminaban en aborto (Tabah y Samuel, 1961) y que entre 75% y 90% de esos eran inducidos. En la mayor parte de los estimados se concluye que de cada cinco muertes maternas, tres fueron por aborto. Según otra encuesta de hogares en 1962 en Santiago, el 26% de las mujeres de entre 20 y 44 años de edad entrevistadas había tenido un aborto y uno de cada tres abortos resultaba en posterior hospitalización (Armijo y Monreal, 1964).

En los años sesenta y hasta los ochenta, estuvo vigente la legislación original de 1938 sobre el aborto (artículo 19 del Código de Salud) y permitía el aborto sólo por “razones terapéuticas”; aun así, a pesar de su ilegalidad, en la mayoría de los casos pocas veces se lo denunciaba o procesaba legalmente. Aunque las normas sociales menospreciaban el aborto, existía un entendimiento tácito de que las personas recurrían a él y que era una decisión personal, aunque infortunada. En 1989, durante la dictadura de Pinochet, se reemplazó el lenguaje del artículo 19 así: “No puede ejercerse ninguna acción que tenga como objetivo la inducción del aborto”. Esto significaba que el aborto era ilegal en cualquier circunstancia, aun para salvar la vida de la embarazada. Las denuncias y procesos judiciales de abortos inducidos fueron más frecuentes, pero continuaron siendo raras en general salvo en unos pocos hospitales, donde se les vinculaba claramente a la presencia en esos hospitales de unos pocos médicos demasiado celosos. Las mujeres que necesitaban atención después de un aborto identificaban rápidamente esos hospitales y no iban más a esos.

La opinión general de la comunidad de la salud en Chile a principios de los años sesenta era que proveer acceso fácil a un anticonceptivo seguro y efectivo reemplazaría al aborto como método de regular la fecundidad. En un artículo bien conocido, Requena (1966) describe un patrón por el cual el aborto aumenta en las primeras etapas de los programas de planificación familiar ya que la motivación para familias pequeñas sobrepasa la disponibilidad de anticoncepción, pero luego gradualmente decrece cuando la anticoncepción está más establecida.

Algunos investigadores decidieron estudiar el impacto de un programa de planificación familiar bien diseñado sobre el aborto, los partos de mujeres multíparas y la mortalidad infantil. Con ese propósito, configuraron un proyecto de investigación en 1965 en San Gregorio, un barrio de clase trabajadora de Santiago con una población de 36.000 habitantes. Los investigadores realizaron una encuesta de población de base utilizando una muestra aleatoria del 20% de los hogares para determinar niveles de fecundidad, aborto y otras características básicas de la población. Después de esta encuesta, se inició un programa de planificación familiar ofreciendo educación, información y servicios en instalaciones del SNS en el área. El programa hizo énfasis en llegar a las mujeres que habían recurrido previamente al aborto, por la probabilidad

que tenían éstas de abortos repetidos. El componente educativo del programa consistió principalmente en charlas a grupos o individuos. Dos años después, se realizó una segunda encuesta, la que mostró que durante 1966 había aumentado el uso de anticoncepción de 12,2% a 28,0% de las mujeres en edad de tener hijos y que esto había sido acompañado de una baja de la fecundidad de 19,4% y de la tasa de abortos de 40,2% (Faundes, Rodríguez-Galant y Avendaño, 1969). Estos resultados fueron alentadores, pero permaneció la duda en cuanto a si los programas de planificación familiar a una escala mayor alcanzarían resultados semejantes dadas las condiciones del programa en la vida real comparadas con un pequeño experimento social rico en recursos y de corta duración.

Diversos investigadores han realizado muchos esfuerzos para medir la influencia de la planificación familiar sobre las tasas de aborto, pero esto ha sido difícil a causa de problemas relativos a la obtención de datos confiables y del número de variables incluidas en las decisiones que toman las personas al ejercer su sexualidad y controlar su fecundidad, incluido el acceso oportuno a anticonceptivos confiables y al uso correcto y consistente de tales anticonceptivos. Así, mientras la planificación familiar puede ayudar, y ayuda, a las personas a impedir efectivamente los embarazos no deseados, el aborto continúa siendo una opción de uso frecuente. En Chile, en 1987, esto es, 27 años después del inicio de la planificación familiar organizada, los estimados indicaron que el aborto era todavía uno de los métodos de regulación de la fecundidad. Durante ese año, algunos estimados indicaron que hubo alrededor de 195.000 abortos, de los cuales el 90%, o 176.000, fueron inducidos. Según ese estimado, el 38,8% de los embarazos terminaba en aborto y en 6 de cada 10 casos, esto sucedía por fallas en la anticoncepción. Sin embargo, las hospitalizaciones por complicaciones de aborto habían disminuido de 29,1 por 1.000 mujeres en edad de tener hijos en 1965 a 10,5 en 1987 (Requena, 1991) y las tasas de mortalidad por aborto habían disminuido de 10,7 muertes por 10.000 nacimientos vivos a 0,5 en 2000 (Schiappacasse y otros, 2003).

Conclusiones

Puesto que los servicios de planificación familiar se han prestado a través del programa de salud de madre y niño del SNS y otras redes de salud, por definición se han excluido en forma sistemática sectores importantes de la población, como las adolescentes y los hombres. Para propósitos prácticos, sólo las mujeres que han estado embarazadas han tenido acceso fácil al programa. Aun algunos programas exitosos dirigidos a adolescentes, como el iniciado en 1981 por el Departamento de Ginecología y Obstetricia en la zona norte de Santiago, funcionaron principalmente con jóvenes embarazadas y sus amigas.

Quizás, si hubiera estado en operación un programa efectivo de educación sexual y planificación familiar dirigido a los/las jóvenes adolescentes antes de ser sexualmente activos, éste habría tenido una influencia positiva para reducir el gran número de embarazos y nacimientos fuera del matrimonio entre las jóvenes en Chile. El número de nacimientos fuera del matrimonio ha permanecido consistentemente alto con el paso de los años y, como el número total de nacimientos ha disminuido, la proporción de nacimientos fuera del matrimonio al total de nacimientos aumentó del 17,5% de los nacimientos en 1965 a cerca de 33,0% en 1988 (Hudson, 1994). Más de la mitad de los partos de mujeres de menos de 20 años ocurrió fuera del matrimonio a mediados de los años ochenta (Viel y Campos, 1987). La fecundidad ha disminuido menos entre las adolescentes que en el resto de la población y para 2000, los partos de las adolescentes representaron el 16,2% del total de nacimientos, lo que se ha atribuido al limitado acceso de ese grupo a la educación sexual y a los servicios (Ministerio de Salud, 2006).

En adición, Chile ha tendido a considerar la planificación familiar como un tema médico en lugar de un tema social. La mayor parte de las discusiones se ha concentrado en tecnología y logística, en proveedores y pacientes, en efectividad, efectos colaterales y modos de operación de los métodos anticonceptivos. No hay duda que esos son asuntos importantes, pero la dimensión humana de la planificación familiar es importante también, incluyendo el prestar atención a la variedad de circunstancias en que se encuentran las personas al tomar decisiones sobre sexualidad y reproducción y las consecuencias sobre la vida de las personas de tener la oportunidad de satisfacer sus necesidades en estos campos o de ser privadas de tales oportunidades.

Por último, temas como las diferencias de género y el diferencial de poder que ha existido tradicionalmente entre hombres y mujeres en cuanto al acceso a los recursos y la toma de decisiones, no habían sido considerados sino hasta recientemente. Aquí es donde ha sido instrumental el movimiento feminista cuestionando la ortodoxia médica y apoderando a las mujeres que necesitan información, consejería y servicios. Estos temas algunas veces controvertidos y difíciles han contribuido mucho a hacer el diálogo más complejo y por eso más cercano a la realidad de la vida de las personas. En años recientes, las organizaciones y los individuos tanto del sector público como del privado han procurado considerar estos temas y tratar sus problemas asociados.

A diferencia de lo sucedido en otros países, Chile nunca tuvo un programa vertical enfocado exclusivamente en planificación familiar. Aunque la participación de varios individuos, en su mayoría médicos, fue crucial desde un principio, el país nunca tuvo un líder individual importante en el campo. El proceso se condujo siempre siguiendo un enfoque institucional y los servicios se integraron a las redes de salud existentes.

La planificación familiar no es una panacea o solución mágica capaz de solucionar todos los problemas de desarrollo o de la vida de las personas como pensaban algunos

hace 40 años, pero es una herramienta útil e importante que las personas necesitan y desean para el control de su vida reproductiva. Un buen programa de planificación familiar mejorará las vidas de los que toca directamente y ahorrará algún tiempo precioso para que el país ataque las causas raíces de la pobreza y establezca la base del desarrollo.

La planificación familiar obviamente no opera aisladamente sino dentro de contextos sociales y marcos de referencia de políticas que pueden facilitar u obstaculizar el aprendizaje y el acceso de las personas a ella. Funciona mejor en sociedades donde existe libertad de expresión y de toma de decisiones, donde el gobierno y el sector privado invierten en educación y salud, y en mejores condiciones de vida en general, y donde las mujeres tienen acceso a una amplia participación en la sociedad. En los últimos 20 años más o menos, Chile ha progresado en este aspecto. Desde el fin de la dictadura militar en 1990, la libertad de expresión y de toma de decisiones políticas ha dado pasos trascendentales. Se ha elegido a cuatro presidentes desde entonces, el último una mujer. Debido a una buena gestión financiera, Chile es actualmente, quizás, el país más solvente de América Latina. Ha demostrado un esfuerzo concertado para combatir la pobreza que ha venido mostrando resultados positivos, si bien persiste aún una amplia brecha entre los pobres y los ricos.

Este es el contexto en el que opera hoy la planificación familiar. El país disfruta de algunos de los mejores indicadores en el continente en relación con la mortalidad materna, perinatal e infantil y eso puede atribuirse en buena parte a la continuidad y éxito de la planificación familiar. El programa chileno usa las enseñanzas de la experiencia internacional de la planificación familiar e incorpora activamente los conceptos de mejoramiento de calidad y análisis de género. Los derechos de los clientes individuales de recibir en forma gratuita alternativas informadas de métodos anticonceptivos y tratamiento respetuoso y confidencial de proveedores de servicios bien entrenados, contribuirán, sin duda, en forma importante a extender la cobertura a quienes la necesitan. Como una manera de reducir los embarazos no deseados entre las adolescentes, el gobierno aprobó recientemente la distribución gratuita de anticoncepción de emergencia para las mujeres de 14 años de edad en adelante. Esta decisión engendró mucha controversia, pero al momento de escribir este artículo, la presidenta y su ministro de salud han permanecido firmes sobre el asunto.

Referencias

- Aprofa (Asociación Chilena de Protección de la Familia). 1992. *Boletín de Asociación Chilena de Protección de la Familia* 28 (7-12): 1-2.
- Armijo, R. y T. Monreal. 1964. "Epidemiología del aborto provocado en Santiago." *Revista Médica de Chile* 92: 548-57.

- Avendaño, O. 1975. "Desarrollo histórico de la planificación familiar en Chile y en el mundo." Borrador, Asociación Chilena de Protección de la Familia, Santiago.
- Cabrera, R., G. Delgado, E. Taucher y O. Avendaño. 1975. "Evaluation of Ten Years of Family Planning in Chile." Presentación y discusión de panel en el XVth Chilean Congress of Obstetrics and Gynecology, diciembre 1, Santiago.
- Faundes, Aníbal, G. Rodríguez-Galant y O. Avendaño. 1969. "Efectos de un Programa de planificación de la familia sobre las tasas de fecundidad y aborto de una población marginal de Santiago." *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 34 (2): 67–76.
- Hudson, Rex A., ed. 1994. *Chile: A Country Study*. Washington, DC: U.S. Library of Congress, Federal Research Division.
- Ministerio de Salud. 2006. *Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Instituto Nacional de Estadística. 1989. *Anuario Demografía*. Santiago: Instituto Nacional de Estadística.
- Plaza, S. y H. Briones. 1962. "El aborto como problema asistencial." *Revista Médica de Chile* 91: 294–97.
- Requena, M. 1966. "Condiciones Determinantes del Aborto Inducido." *Revista Médica de Chile* 94: 714–22.
- . 1991. "Induced Abortion: A Vulnerable Public Health Problem." *Enfoques de atención primaria* 6 (1): 11–18.
- Romero, H. 1969. "Chile: The Abortion Epidemic." En *Population: Challenging World Crisis*, ed. B. Berelson, 149–60. Voice of America Forum Lectures. Washington, DC: Government Printing Office.
- Schiappacasse, V., P. Vidal, L. Casas, C. Dides y S. Díaz. 2003. *Chile: situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos*. Santiago: National Service for Women.
- Stycos, J. M. 1970. "Public and Private Opinion on Population and Family Planning." *Studies in Family Planning* 1 (51): 10–17.
- Tabah, L. y R. Samuel. 1961. "Encuesta de fecundidad y de actitudes relativas a la formación de la familia: resultados preliminares." *Cuadernos Médico Sociales* 2: 19–21.
- Naciones Unidas. 2002. *World Population Prospects: The 2000 Revision. Highlights*. <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002-HIGHLIGHTS rev1.PDF>.
- Vaessen, M. y H. Sanhueza. 1971. *Resultados de una encuesta sobre planificación familiar en el área occidental de Santiago*. Series A, No. 116. Santiago: Latin American Demographic Center.
- Viel, Benjamin y Waldo Campos. 1987. "Chilean History of Infant and Maternal Mortality, 1940–1986." *International Family Planning Perspectives* (número especial): 24–28.

8

En contra de toda probabilidad: el papel de Colombia en la revolución de la planificación familiar

Anthony R. Measham y Guillermo López-Escobar

En el presente volumen se argumenta que el advenimiento en muchos países en desarrollo de políticas de población diseñadas para reducir las tasas de crecimiento de su población y hacer ampliamente disponibles los métodos de planificación familiar constituye uno de los fenómenos de cambio social y político más extraordinarios del siglo XX. No es hiperbólico decir que estos cambios fueron revolucionarios y se podrían dar buenas razones para que los eventos de los años sesenta y setenta rivalicen con otros cambios dramáticos en las políticas públicas de siglos anteriores, como el suministro público de agua potable y el tratamiento de aguas residuales. Dentro de este contexto general, pocos académicos u observadores habrían dado mucho crédito a la noción de que Colombia, uno de los países más conservadores y religiosos de América Latina, sería la primera nación del continente en adoptar una política de población explícita defendiendo una reducción de la tasa de crecimiento de la población y la disponibilidad general de métodos de planificación familiar, especialmente para los pobres. Afortunadamente se han documentado el contexto, proceso y secuencia de los eventos, en una serie de artículos y libros (*ver*, por ejemplo, Daguer y Riccardi, 2005; Echeverri, 1991; Ott, 1977; Pérez, 1976; Pérez y Gómez, 1974). En este capítulo, haciendo mucho uso de los trabajos mencionados y complementado con las observaciones de los autores, se intenta resumir los eventos extraordinarios que ocurrieron en los años sesenta y setenta y extraer enseñanzas que podrían aplicarse a temas semejantes en la actualidad y en el futuro. El recuadro 8.1 presenta una cronología de los eventos principales en relación con la planificación familiar en Colombia.

Cómo llegó a ser Colombia un pionero en las políticas de población en América Latina

Las tasas de crecimiento de la población en América Latina fueron de las más altas del mundo en los años cincuenta y sesenta, sobrepasando el 3% por año en algunos

países, incluido Colombia. Entre 1951 y 1964, la tasa de crecimiento de Colombia fue ligeramente superior al 3% anual (Pérez, 1976). En 1973, el país era el cuarto más populoso de América Latina, con una población de 22,7 millones de habitantes.

Recuadro 8.1 *Cronología de eventos principales*

- 1964: La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame) inicia investigaciones sobre población a través de su División de Estudios de Población, encabezadas por el doctor Hernán Mendoza.
- 1965: El ex presidente Alberto Lleras Camargo defiende con fuerza las medidas para controlar el crecimiento de la población en la Asamblea Panamericana sobre Población en Cali, Colombia.
La Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), afiliada posteriormente a la Federación Internacional de Planificación de la Familia, inicia la prestación de servicios de planificación familiar en el sector privado.
- 1966: La Fundación Ford ofrece asistencia técnica y financiera a Ascofame.
El gobierno de Guillermo León Valencia aprueba el uso de fondos de contrapartida de Estados Unidos para capacitar personal de salud pública en planificación familiar.
- 1967: El gobierno de Carlos Lleras Restrepo aprueba un contrato entre el Ministerio de Salud y Ascofame para capacitación en planificación familiar.
Ascofame inicia la prestación de servicios de planificación familiar en instalaciones oficiales de salud.
- 1968: El incipiente programa de planificación familiar experimenta retrocesos: El Vaticano publica la encíclica *Humanae Vitae*, el Papa visita Colombia, Mendoza muere repentinamente y expira el contrato entre el Ministerio de Salud y Ascofame.
- 1969: Se recuperan los esfuerzos de planificación familiar, surge el programa nacional y se aprueba la política de población.
El Ministerio de Salud instaura el Programa de Salud Materno-Infantil e inicia la prestación de servicios de planificación familiar.
El doctor Guillermo López-Escobar sucede a Mendoza en Ascofame.
Se extiende la financiación externa en gran escala de Estados Unidos a Ascofame, el Ministerio de Salud y Profamilia.
El Departamento Nacional de Planeación, que entró al campo de la población a finales de 1968, presenta un borrador de la política nacional sobre población al Consejo Nacional de Política Económica y Social.
El gobierno de Lleras Restrepo aprueba la política nacional de población dirigida, entre otras cosas, a modificar la tasa de crecimiento de la población mediante la reducción de la fecundidad.
- 1970: Se incorpora una declaración similar sobre política de población al Plan de Desarrollo 1970-1973 del gobierno entrante de Misael Pastrana.

La fecundidad disminuyó bastante antes de la formulación de una política nacional de población y el desarrollo de un programa nacional de planificación familiar. Los estimados indicaron que las tasas de fecundidad por edades para las mujeres de entre 20 y 39 años de edad cayeron en un 26% entre 1960 y 1964, y entre 1965 y 1969 (Simmons y Cardona, 1973).

Las altas tasas de aborto inducido (López-Escobar, 1978), produciendo un alto número de víctimas, un alto nivel de discapacidad y numerosas admisiones a los hospitales del país, fueron bien documentadas y causaron profunda preocupación a los miembros de la profesión médica colombiana y otras personas. Sin embargo, como señala Ott (1977), los concomitantes usuales de un impulso a la política de control de la fecundidad –impacto negativo en el crecimiento económico, densidad de población e incapacidad de prestar servicios a las crecientes cohortes– no fueron, en general, temas sobresalientes en Colombia. Ott (1977) anota que el país presentó varios obstáculos para el desarrollo de una política de población:

- Nacionalismo.
- Normas culturales y tradiciones pronatalistas.
- Movimientos políticos marxistas.
- Rigidez burocrática.
- Escasez de personal de salud capacitado.
- Inadecuada infraestructura del gobierno en las zonas rurales.

En adición, la Iglesia católica fue extremadamente fuerte. De hecho, la jerarquía de la Iglesia colombiana tenía una formidable reputación de ser la más poderosa y la menos progresista en América Latina.

¿Cómo pasó a ser, entonces, Colombia un pionero y líder en la formulación de la política de población en el contexto latinoamericano? La respuesta parece estar, en gran parte, en las acciones de un pequeño número de colombianos talentosos y comprometidos y en el curso a menudo impredecible de los procesos políticos (Bauer y Gergen, 1968; Measham, 1972; Ott, 1977). El ex presidente Alberto Lleras Camargo defendió fuertemente las medidas de control del crecimiento de la población en la Asamblea Panamericana sobre Población celebrada en Cali, Colombia, en agosto de 1965, lo que preparó la escena para el papel principal de Carlos Lleras Restrepo, quien fue presidente de 1966 a 1970, en el desarrollo de la política de población. Aparte de Lleras Camargo (Ross, 1966) y Lleras Restrepo, la mayor parte del pequeño grupo responsable del masivo cambio en la política la constituyeron los médicos en la frecuentemente mencionada tradición latinoamericana de médicos jugando un liderazgo en muchos aspectos de la vida nacional.

Tres de los principales caracteres en este complejo e intrigante drama trabajaron en la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame): Gabriel Velásquez Palau, presidente de la asociación, Hernán Mendoza, jefe de estudios de población, y el sucesor de Mendoza, Guillermo López-Escobar. Los demás líderes fueron Antonio Ordóñez Plaja, ministro de Salud en el gobierno de Lleras Restrepo, Fernando Tamayo y Gonzalo Echeverri, de la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), la afiliada colombiana de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), y Jorge Villarreal, de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, todos médicos. Los principales actores institucionales en el proceso de la política que intervinieron aproximadamente entre los años 1964 y 1970 fueron la Presidencia, el Ministerio de Salud, la jerarquía católica colombiana, Ascofame y Profamilia. También participaron otros grupos, notablemente algunas universidades, sindicatos, organizaciones femeninas y ONG.

Desarrollo de la política de población: 1964-70

El proceso político es usualmente complejo, idiosincrásico e imposible de analizar en forma rigurosamente científica (Lindblom, 1968). Los eventos son con mucha frecuencia imprevisibles, las interacciones entre los individuos son difíciles de interpretar y las conclusiones varían según los supuestos del observador y la importancia otorgada a una multiplicidad de factores. No obstante, es difícil sobrestimar el papel del presidente Lleras Restrepo en la narrativa sobre políticas de población en Colombia. Es dudoso que se hubiera logrado el éxito sin la influencia de su gobierno, para no mencionar su capacitación en economía y su estilo audaz y visionario. Mucho antes de llegar a presidente, Lleras “reconoció las implicaciones macroeconómicas del crecimiento de la población” (Ott, 1977, p. 5).

Durante su gobierno, Lleras frecuentemente aludió al impacto del crecimiento rápido de la población en la educación, la vivienda y el empleo. Además, reconoció el papel integral de las tendencias de población en la planeación del desarrollo. Lleras contrató y trabajó de cerca con tecnócratas calificados y fortaleció de forma sustancial el Departamento Nacional de Planeación, que tendría un papel clave en la formulación de la política de población en Colombia.

Aproximadamente al mismo tiempo que Lleras se preparaba para asumir la presidencia, los médicos mencionados anteriormente preparaban el terreno, analítica y operativamente, para una política nacional de población y un programa nacional de salud materno-infantil y planificación familiar. En 1964, Ascofame estableció su División de Estudios de Población (DEP) y nombró a Hernán Mendoza como director. Mendoza, “un hombre distinguido por su intelecto, mentalidad fuerte y enorme capacidad de

trabajo” (Ott, 1977, p. 3), organizó seminarios nacionales de población, encuestas sociodemográficas, estudios sobre el aborto y, notablemente, programas piloto de planificación familiar operados por las diez escuelas de medicina afiliadas a Ascofame.

Las encuestas sobre fecundidad y salud realizadas por Ascofame y posteriormente por el Centro Regional de Población, demostraron claramente la necesidad y demanda de servicios de planificación familiar (Bravo, 1979; Simmons y Cardona, 1973). Mendoza utilizó su evidencia para establecer la existencia de un problema de población y la necesidad de hacer algo con respecto a él. Ascofame evitó la confrontación con la jerarquía de la Iglesia durante este período mientras acumulaba datos y fortalecía organizativa, y la Iglesia, por su parte, esperaba la encíclica papal *Humanae Vitae*, que fue proclamada en 1968.

En 1965, Tamayo fundó Profamilia, que rápidamente abrió clínicas de planificación familiar en las ciudades principales (Tamayo, 1978). Tamayo, un ginecólogo y obstetra de gran reputación, pronto contrató a Gonzalo Echeverri, un colega, quien se convirtió en el arquitecto del programa de planificación familiar rural de Profamilia y de otras numerosas innovaciones. A diferencia de los programas piloto de planificación familiar de Ascofame, que se habían integrado a los servicios de salud materno-infantil, Profamilia se centró en la planificación familiar solamente y en otros intereses y servicios pertinentes, como el manejo de infecciones ginecológicas, el tamizado de cáncer cervical y el tratamiento de la infertilidad.

Los servicios de Profamilia fueron siempre de la más alta calidad, bien administrados y meticulosamente controlados y evaluados. Como resultado, Profamilia se convirtió rápidamente en el afiliado más sobresaliente de la IPPF y en un reconocido pionero en la prestación de servicios de planificación familiar basados en la comunidad. El Ministerio de Salud fue el último participante importante en unirse a la prestación de servicios de planificación familiar, aunque no el de menor importancia, con su Programa de Salud Materno-Infantil, a partir de 1969. Sin embargo, aún antes, el gobierno de Guillermo León Valencia (1962-66) había aprobado el uso de fondos de contrapartidas de Estados Unidos para capacitar médicos en planificación familiar. A principios del gobierno de Lleras se firmó un contrato entre Ascofame y el Ministerio de Salud para que la asociación proveyera esa capacitación. Este apoyo de Estados Unidos y de la Fundación Ford al trabajo sobre población de Ascofame y el apoyo de la IPPF a Profamilia, constituyeron las primeras ayudas externas para el trabajo de población y planificación familiar en Colombia.

Así, para 1966, Ascofame calladamente preparaba el terreno para una política nacional de población, capacitando médicos y apoyando intentos piloto de planificación familiar por parte de los miembros de su escuela de medicina; Profamilia ofrecía abiertamente servicios de planificación familiar de alta calidad, correctamente con-

fiada en la demanda de tales servicios, y el Ministerio de Salud representaba un papel más circunspecto a través de Ordóñez, un confidente cercano al presidente Lleras quien lo mantuvo en su cargo en el gabinete durante los cuatro años de su gobierno. ¿Hasta qué punto fueron coordinadas las acciones de estas entidades? La respuesta definitiva a esa intrigante pregunta puede no conocerse nunca. Lo que se sabe es que los siete dirigentes médicos se conocían bien entre sí, se comunicaban frecuentemente y compartían una motivación sostenida con fuerza para que los servicios de planificación familiar estuvieran ampliamente disponibles, en especial para los pobres, y para que su país adoptara una política de población explícita. La experiencia de uno de los siete, López-Escobar, sugiere que los siete trabajaron juntos estrechamente en la búsqueda de su causa común. Los siete médicos que tuvieron papeles tan importantes en esta narrativa eran de gran reputación entre los miembros de su profesión y con extensas redes sociales entre la élite colombiana. Sin duda, a estos atributos se debe en buena parte su audacia y su capacidad de soportar la crítica y los ataques que vendrían, notoriamente de la Iglesia y de la izquierda política.

Los dirigentes tuvieron papeles que reflejaban su estilo personal. Ordóñez era un vocero natural del tipo estadista, la voz de la moderación y la razón, idealmente adecuado para su exposición a la crítica tanto de defensores como de críticos de los eventos que se desarrollaban. Poseía gran astucia política y el Presidente lo escuchaba. Tamayo era radicalmente independiente, hacía lo que pensaba como lo más correcto para su país y desafiaba colectiva e individualmente a quienes intentaban detenerlo, y pocos se atrevieron a eso. Mendoza poseía también fuertes instintos políticos y estratégicos, pero se inclinaba más a adoptar una posición de confrontación cuando pensaba que era lo apropiado, lo que ocasionó que se ‘rompiera más de un huevo’, pero no se puede sobrestimar el papel crítico de Mendoza. Tanto Profamilia como Ascofame eran ‘pararrayos’ convenientes para desviar la crítica dirigida a Ordóñez y al gobierno.

Tragedia y conflicto: 1968

Apenas cuando los desarrollos parecían ser bastante propicios para la adopción de una política de población y la expansión del incipiente programa de planificación familiar, ocurrieron una serie de retrocesos en rápida sucesión. El 29 de julio de 1968, El Vaticano publicó la encíclica *Humanae Vitae* prohibiendo el uso de métodos ‘artificiales’ de anticoncepción, el Papa visitó Colombia el 18 de agosto de ese año y Mendoza murió repentinamente de cáncer pulmonar el 28 de agosto del mismo año. En adición, un contrato clave entre Ascofame y el Ministerio de Salud había expirado el 1° de julio de 1968 y no se renovarían hasta un año más tarde. Estos eventos redujeron claramente la dinámica hacia el desarrollo de una política de población y del

programa de planificación familiar. Ott (1977) interpreta la desaceleración resultante diciendo que refleja dos factores: la centralidad de las consideraciones políticas en la evolución de la política y el grado al que la concurrencia de la dinámica había sido sustancialmente dependiente de una sola persona, a saber, Mendoza.

Adopción de una política nacional de población, 1969-70

Los desarrollos posteriores confirmaron la dinámica que se había logrado hasta agosto de 1968 y la determinación de los principales participantes de no fracasar en sus aspiraciones. Por una feliz coincidencia, el Congreso aprobó la reestructuración propuesta por Lleras Restrepo del aparato de planeación nacional en diciembre de 1968 y se exigió al Departamento Nacional de Planeación que “estudiara el fenómeno de la población y sus repercusiones económicas y sociales con el fin de desarrollar una política de población” (Ott, 1977, p. 5). Se realizó el análisis y siguieron discusiones entre el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Salud, la DEP y la Universidad de los Andes, de las que resultó un proyecto de la política presentado al Consejo Nacional de Política Económica y Social en julio de 1969. El presidente Lleras presidió las deliberaciones del Consejo y éste aprobó la política como parte del Plan Nacional de Desarrollo (1969-73). Ott (1977, p. 5) resumió con acierto las características principales de la política, como sigue:

Los “objetivos inmediatos” fueron “obtener una mejor distribución territorial de la población y alterar la tasa actual de crecimiento de la población disminuyendo la fecundidad”. Con respecto a reducir la tasa de crecimiento, se presentaron dos enfoques principales: 1) aumentar el nivel educativo del pueblo con el propósito de desarrollar actitudes que facilitarían el proceso de modernización, promover mayor participación en la sociedad y aumentar la responsabilidad paterna; y 2) hacer disponible la información y los servicios de planificación familiar, lo que “aseguraría una atención médica apropiada y garantizaría el respeto a la conciencia de los solicitantes”. Además, “se realizarían estudios sobre las relaciones entre la población y los factores socioeconómicos... con el propósito de formular medidas específicas de políticas...”. Todo esto implicaba que la población no se consideraba ya primariamente un asunto de salud; una política diseñada para tratar con el problema se había convertido oficialmente en un componente de la estrategia nacional de desarrollo.

El Programa Nacional de Planificación Familiar, 1969-2005

Colombia tenía un programa nacional de planificación familiar bien desarrollado a principios de los años setenta, que consistía en el Programa de Salud Materno-Infantil del Ministerio de Salud, los programas urbanos y rurales de Profamilia, la red más

pequeña de servicios coordinados por Ascofame y un sector privado vibrante. Desde 1969 en adelante, el Ministerio de Salud prestó los servicios de planificación familiar por medio de su Programa de Salud Materno-Infantil, que se extendía a la mayor parte de la red nacional de 1.200 centros y puestos de salud, y con un programa de planificación familiar de posparto en aproximadamente 30 hospitales regionales (Rizo, 1978). El programa de planificación familiar de posparto lo había iniciado Ascofame en 1968 y se había transferido al Ministerio de Salud a principios de los años setenta.

Para 1974, Profamilia operaba 40 clínicas urbanas de planificación familiar, programas hospitalarios de posparto y de distribución basados en la comunidad tanto en zonas urbanas como rurales. Profamilia fue notable por sus muchos programas innovadores, incluido un exitoso programa conjunto con la Asociación de Cultivadores de Café en algunos departamentos. En 1974, se vendieron aproximadamente 550.000 ciclos de anticonceptivos orales mensualmente, realizando el sector privado más de la mitad de las ventas. Los programas combinados del Ministerio de Salud, Profamilia, Ascofame y el sector privado significaban que a principios de los años setenta, los servicios de planificación familiar eran accesibles a la gran mayoría de la población, en agudo contraste con la situación de una década antes. El cuadro 8.1 presenta datos sobre nuevas aceptantes de planificación familiar, por programas, para 1975.

El uso de anticonceptivos creció rápida y continuamente a partir de los años sesenta. El 1969, se estimó el predominio en un 28% de las mujeres casadas. Para 1978, se estimó que el predominio había aumentado a 48%, un aumento de 20 puntos porcentuales en menos de una década (John Ross, comunicación personal a Anthony Measham, 2006). Colombia se jacta ahora de tener una de las tasas de predominio de uso de anticonceptivos más altas del mundo, estimada en 76,9% en 2005 (Levine y otros, 2006). Fue tan rápida la disminución en la fecundidad que la tasa de natalidad prevista para 1985 pudo alcanzarse ya en 1975 (Pérez, 1976). El gráfico 8.1 muestra el crecimiento en el uso general de anticonceptivos por las mujeres casadas de entre 15 y 49 años de edad, y el gráfico 8.2 ilustra los dramáticos cambios por los que los distintos métodos de anticoncepción obtuvieron y perdieron predominio entre 1977 y 2005.

La mayor parte de los cambios demográficos ocurrieron en Colombia entre los años cincuenta y setenta. La tasa bruta de natalidad cayó de 45 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes en los años cincuenta, a 32 en 1973 y la tasa de mortalidad infantil disminuyó de alrededor de 100 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos en 1964 a 76 en 1973. La tasa bruta de mortalidad cayó de 15 muertes por cada 1.000 habitantes en 1964 a 10 en 1971, dando como resultado una tasa de crecimiento de la población de aproximadamente 2,2% por año, bajando de más de 3% en los años cincuenta (Pérez, 1976). En aproximadamente dos décadas, estos cambios demográficos

Cuadro 8.1 Nuevas aceptantes de planificación familiar en programas de clínicas, por programas y métodos, 1975

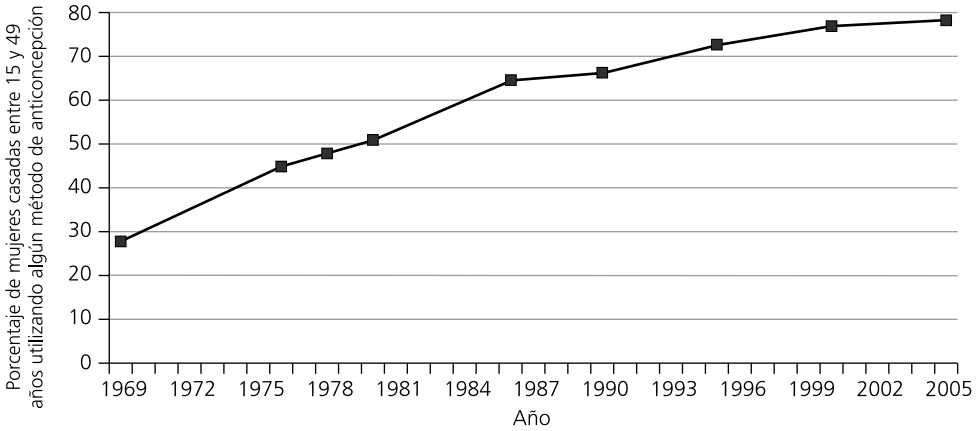
Programa	DIU		Píldora		Esterilización		Otros		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Profamilia ^a	32.553	43	28.739	38	8.998	12	5.111	7	75.401	43
Ministerio de Salud ^b	27.963	30	60.898	65	0	0	4.973	5	93.834	53
Ascofame	3.766	47	2.849	35	1.081	13	368	5	8.064	4
Total	64.282	36	92.486	52	10.079	6	10.452	6	177.299	100

Fuente: Echeverri, Londoño y Bailey, 1977.

a. El programa urbano de distribución basado en la comunidad, de Profamilia, tuvo unas 49.000 nuevas aceptantes y el rural 23.604. Casi todas ellas seleccionaron la píldora. Estas aceptantes no se incluyen en los totales.

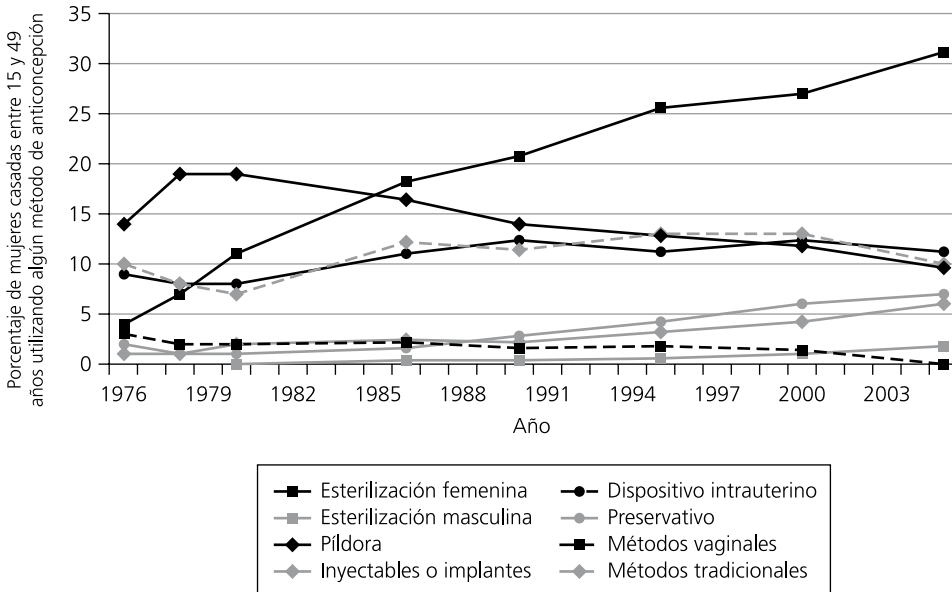
b. Se estimó el número total de nuevas aceptantes con datos de enero a octubre.

Gráfico 8.1 Prevalencia de uso de anticonceptivos, todos los métodos, 1969-2005



Fuente: John Ross, comunicación personal a Anthony Measham, 2006.

Gráfico 8.2 Prevalencia de uso de anticonceptivos, por métodos, 1977-2005



Fuente: John Ross, comunicación personal a Anthony Measham, 2006.

produjeron un aumento cuantitativo en el bienestar humano. Aún se debate el grado al que la mayor disponibilidad de servicios de planificación familiar contribuyó a estos cambios, pero la contribución fue, sin duda, sustancial.

Una mirada más cercana al contexto

Una cuestión crítica es la de cómo, en solo unos pocos años, pudo Colombia desarrollar una política nacional de población y un programa de reducción de la fecundidad en un entorno poco amistoso cimentado en tradiciones religiosas y culturales. Ott (1977) ofrece un análisis único e intuitivo del papel de Ascofame, sin duda el actor institucional clave distinto al gobierno mismo. Él escribe que Ascofame, bajo la dirección de Mendoza, asumió correctamente que la oposición a la planificación familiar y a la reducción de la fecundidad era manejable. En particular, la alta incidencia de abortos y la gran brecha entre el tamaño de familia deseado y el real sugirió “una demanda sustancial no articulada de planificación familiar” (Ott, 1977). En forma crítica, Mendoza y sus colegas reconocieron que el desafío al que se enfrentaban era esencialmente político: una política de población y un programa de planificación familiar sólo serían posibles en el evento de un cambio nacional en la forma de considerar la planificación familiar y, aún más importante, que el gobierno era el responsable de prestar los servicios necesarios.

Este razonamiento llevó a Ascofame a concluir que era de la mayor importancia un mejor entendimiento público de los beneficios de la planificación familiar y del vínculo esencial entre la política de población y el desarrollo económico con el fin de construir el apoyo político para la acción del gobierno. Ascofame fue igualmente astuto al reconocer la vulnerabilidad política de la Iglesia, que en ese tiempo se veía asediada por una variedad de problemas, inclusive los de falta de consenso con respecto a su papel en la sociedad, la escasez de sacerdotes y una baja asistencia a la misa. Por eso, la DEP decidió generar apoyo tanto a nivel popular como de diseño de políticas utilizando la siguiente estrategia y táctica:

- Empezar investigación para validar los beneficios del control de la fecundidad y los vínculos entre el crecimiento de la población y el desarrollo social y económico.
- Vincularse en forma simultánea a programas de investigación y de acción, por ejemplo, los programas piloto de planificación familiar en las escuelas de medicina y el programa de planificación familiar de posparto.
- Construir una base de apoyo en las universidades.
- Aumentar la percepción pública mediante un uso extenso de medios masivos, discursos en la comunidad y la búsqueda de aliados potenciales, por ejemplo, los sindicatos y los grupos femeninos.
- Tratar a la Iglesia como una entidad política.

- Evitar la confrontación con oponentes hasta que el movimiento fuese lo bastante fuerte para encargarse de ellos y buscar la acomodación con los oponentes sin sacrificar los objetivos principales del movimiento.

Aunque en retrospectiva y sabiendo que tuvo éxito, la estrategia general de Ascofame aparezca brillante, fue en extremo arriesgada. En particular, el extenso uso de asistencia externa hizo que el esfuerzo fuera “vulnerable a acusaciones de influencia y manipulación de Estados Unidos” (Ott, 1977, p. 8). En adición, el estilo agresivo de la DEP y su disposición a engendrar controversia pública pudieron haber perjudicado, aun en forma mortal, la empresa completa y Ascofame demostró ser mucho más avezada en tratar con la Iglesia que con la izquierda política. No obstante, es difícil argumentar con éxito y criticar una estrategia concebida cuidadosamente que funcionó y aun sobrevivió la muerte de su arquitecto principal mucho antes de ganar la batalla. Por último, es importante reconocer la importancia crítica del papel de Profamilia y también el hecho de que nunca se habría conseguido el éxito de Ascofame sin el fuerte apoyo del presidente Lleras Restrepo y el papel principal del ministro de Salud Ordóñez durante todo ese período presidencial.

Mendoza mismo resumió apropiadamente la estrategia: “La División de Estudios de Población de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina cree que cuando alguien es capaz de demostrar (enérgica) y vehementemente la existencia de un fenómeno serio y amenazante, es posible crear una reacción nacional favorable. Esto, a su vez, lleva a la posibilidad de cumplir los objetivos sugeridos. Obstáculos culturales que sin duda representan la resistencia más seria al cambio pueden superarse” (citado en Ott, 1977, p. 8).

Control y evaluación

El programa colombiano de planificación familiar –consistente en los servicios prestados por el Ministerio de Salud, Profamilia y Ascofame– fue notable por su atención cuidadosa al control y evaluación y por la realización de correcciones en su curso cuando fueron indicadas, con base en los hallazgos de las estadísticas del servicio y los estudios de evaluación. Este envidiable historial se debe a varios factores. Primero, la DEP fue creación de las escuelas de medicina universitarias que pertenecían a Ascofame y en consecuencia tenían una fuerte tradición académica. Segundo, Ascofame, primero bajo la dirección de Mendoza y después de López-Escobar, realizó un programa integral de investigación y evaluación, centrado en gran parte en la Unidad de Evaluación de la DEP.

Desde finales de los años sesenta en adelante, Ascofame confrontó estadísticas del servicio para todos los componentes del programa nacional de planificación familiar, difundió ampliamente esos hallazgos y diseñó estudios y programas piloto para poner a prueba hipótesis e intentar nuevos enfoques, por ejemplo, el Programa de planificación familiar posparto. Profamilia también invirtió mucho en investigación y evaluación y configuró su propio Departamento de Evaluación, que emprendió, por ejemplo, evaluaciones de sus programas rurales de planificación familiar y de sus programas pioneros de esterilización masculina y femenina (Bailey y Correa, 1975; Echeverri, 1975; MacCorquodale y Pullum, 1974). Para mencionar dos ejemplos, cuando Profamilia se percató de que sus servicios no estaban llegando a los residentes rurales, fundó un programa innovador basado en la comunidad con la Asociación de Cultivadores de Café, y cuando la evidencia demostró que algunos residentes urbanos necesitados de servicios no podían acudir a las clínicas estáticas, Profamilia inauguró un programa urbano de suministro de anticonceptivos basado en la comunidad.

Muchas otras entidades aportaron a la riqueza de datos y análisis de población e información sobre planificación familiar, incluyendo la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en Medellín, las 10 escuelas de medicina afiliadas a Ascofame, en forma notable la Universidad del Valle en Cali, y la de los Andes, la Nacional y la Javeriana en Bogotá, el Centro Regional de Población y la Asociación Colombiana para el Estudio de la Población.

El papel de la ayuda externa

Muchas agencias internacionales aportaron asistencia técnica y financiera, como también algunos equipos y suministros, para apoyar el trabajo de población y planificación familiar de varias entidades colombianas. Discutiblemente, el primer apoyo tuvo el papel más crítico, o sea, la ayuda financiera y técnica suministrada a mediados y fines de la década de 1960 cuando la población y la planificación familiar eran todavía muy controvertidas en Colombia, y cuando tanto donantes como receptores asumían riesgos, en especial si el apoyo provenía de EUA. La situación todavía era volátil a principios de los años setenta, cuando uno de los principales periódicos de Colombia sustrajo el presupuesto del Consejo de Población para Colombia y lo publicó, diciendo que el presupuesto total era para los salarios de dos asesores técnicos estadounidenses.

La Fundación Ford fue uno de los primeros proveedores de asistencia técnica y financiera, seguido pronto por la IPPF, el Consejo de Población y la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional (Usaid). La mayor parte de los fondos del Consejo de

Población suministrados a Ascofame y otras entidades provenía de la Usaid. La oficina de Bogotá de la Fundación Ford creía en “apostar por la gente” e hizo una inversión de alto rendimiento apostando por Mendoza. A principios de los años setenta, la Fundación Ford, el Consejo de Población, la Organización Panamericana de la Salud y la Usaid contaban cada una por lo menos con un asesor técnico en Colombia.

De 1973 a 1974, las agencias externas aprobaron proyectos de asistencia para población o planificación familiar de uno a cinco años de duración para un total de más de US\$5 millones (Pérez, 1976). En ese tiempo, los tres donantes principales fueron la IPPF, la Organización Panamericana de la Salud y la Usaid. Los fondos de la IPPF se destinaron a Profamilia, la mayor parte del dinero de la Organización Panamericana de la Salud fue para el Ministerio de Salud y los fondos de la Usaid apoyaron programas de mayor importancia como el programa de planificación familiar de posparto coordinado por Ascofame. Otros donantes, en orden descendente de magnitud, fueron la University of North Carolina (principalmente con fondos de la Usaid); el Pathfinder Fund, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, World Education, General Electric Tempo, Family Planning International Assistance, George Washington University de Washington, D.C., la University of Chicago, World Neighbors y la Association for Voluntary Sterilization (ahora EngenderHealth). También hubo apoyo valioso proveniente del International Development Centre of Canada, la Family Health Foundation de Tulane University en Nueva Orleans y el Smithsonian Institute (con fondos de Usaid).

¿Qué importancia tuvo esta asistencia? Sin duda, la financiación y apoyo técnico facilitaron la formulación de una política y el desarrollo de un programa de planificación familiar de alta calidad. Los fondos –por ejemplo, los destinados al programa hospitalario de posparto– permitieron programas de una escala mucho mayor de lo que de otra forma habría sido posible y probablemente aceleraron el paso del cambio. En adición, los asesores técnicos en el terreno y los múltiples contactos internacionales aportaron a los colegas colombianos fuentes de información y ayuda que de otra forma habrían sido difíciles de identificar. Sin embargo, dada la sofisticación de los dirigentes colombianos –en cuanto a capacidad técnica y a tácticas y estrategias– es difícil imaginar que no hubiesen logrado sus objetivos aun sin la asistencia externa.

Enseñanzas

Lindblom (1968, p. 23) ha descrito con precisión el diseño de políticas como “un proceso analítico y político extremadamente complejo para el que no existe principio ni fin y cuyas fronteras son de lo más inciertas”. Aun siendo tan poco claro e incipiente, el proceso político depende usualmente en forma crítica de un pequeño número de

variables: importancia del asunto, liderazgo, conocimiento del mismo por parte de grupos clave de interés, poder político y voluntad política. La secuencia de eventos en Colombia sugiere que dos de estas variables fueron las más importantes en este caso: la voluntad política –ejemplificada por la determinación de un presidente audaz, Lleras Restrepo– de cambiar la política y el liderazgo de gran calidad, notablemente las contribuciones de Echeverri, López-Escobar, Mendoza, Ordóñez y Tamayo.

Merecen destacarse dos puntos adicionales. El primero, que la naturaleza idiosincrásica del proceso político agrega un elemento mayor de incertidumbre a la adopción de una nueva y controvertida política: puede descarrilarse en cualquier momento. En este caso, se superaron enormes obstáculos, en especial los eventos de 1968. No puede saberse si se habría dado un resultado distinto en el evento de problemas imprevistos para el gobierno de Lleras, una campaña de oposición mejor manejada por parte de la Iglesia o el Congreso, o un esfuerzo concertado de vilipendiar toda la empresa como inspirada por EUA. Segundo, son imposibles de determinar respuestas definitivas, pues todavía con los métodos más modernos de análisis del proceso de diseño de políticas no es posible la resolución científica de proposiciones con respecto a exactamente por qué resultaron los eventos en esa forma y no otra.

Surgen las tres enseñanzas principales siguientes de la experiencia de Colombia:

- El liderazgo y el poder políticos son de la mayor importancia, lo mismo que el liderazgo de expertos técnicos que estén fuertemente comprometidos, sean enérgicos y empleen estrategias y tácticas sagaces.
- Es de importancia crítica suministrar evidencia verosímil y difundirla ampliamente a grupos clave de intereses. En el caso colombiano, Ascofame y otras instituciones académicas documentaron meticulosamente la situación demográfica del país y la relación entre las variables demográficas y las perspectivas de desarrollo económico y social. De igual importancia, la DEP y sus colaboradores efectuaron estudios y montaron programas de demostración que mostraron con claridad el grado de demanda de planificación familiar, incluyendo la incidencia del aborto inducido y la brecha entre la fecundidad deseada y la real.
- La ayuda externa puede tener un papel importante y facilitador en el desarrollo de la política de población y los programas nacionales de planificación familiar, no siendo de la menor importancia la asistencia financiera. En el caso de Colombia, con abundancia de pericia nacional, la asistencia técnica tuvo menor importancia, aunque de todas formas aportó contactos importantes con fuentes de información y otros recursos. Sin embargo, la experiencia colombiana sugiere que no hay sustituto para el liderazgo nacional y para que los nacionales realicen la mayor parte del esfuerzo. La ayuda externa puede constituir una vía

peligrosa para seguir, pues abre la posibilidad de socavar el esfuerzo nacional sugiriendo que es manipulado desde fuera del país.

¿Qué debería hacerse o podría haberse hecho de otra forma, viendo las cosas en retrospectiva? La respuesta parece ser que muy poco. El caso colombiano representa una historia de éxito tan sobresaliente que es difícil imaginar un escenario mejor. Ciertamente el caso de Colombia fue único, aun en América Latina, por su conjunto de médicos y otros expertos talentosos, muchos de los cuales estuvieron dispuestos a arriesgar su carrera y su reputación por una causa en la que creían. Donde la voluntad política no sea tan fuerte, o la astucia o sagacidad de los dirigentes profesionales sea menos evidente, pueden justificarse enfoques alternativos.

Aplicabilidad de las enseñanzas a otros países o temas

Muchas de las enseñanzas provenientes del examen del caso colombiano parecen ser aplicables a una variedad de políticas y programas en otros países, inclusive las políticas sobre el entorno, los servicios de salud, la educación y la malnutrición. Las enseñanzas de Colombia serán muy probablemente más útiles y aplicables rápidamente en la resolución de temas controvertidos de prominencia para una gran parte de la población. La importancia del liderazgo político y de la voluntad política es usualmente capital en cualquier sistema democrático, con la posible excepción de los sistemas federales, donde estados y municipios diferentes pueden adoptar políticas y programas adecuados especialmente a sus necesidades individuales.

El papel del individuo en la conformación de las políticas es menos directo. Una de las características notables del caso colombiano es la influencia desproporcionada ejercida por un pequeño grupo de individuos, la mayor parte de los cuales pertenecía a la misma profesión. Eso puede explicarse en parte por el hecho de que las sociedades latinoamericanas en general, y Colombia en particular, tienen estructuras socioeconómicas muy estratificadas y, como resultado, aun en una población grande, es probable que los líderes en cualquier profesión dada, por ejemplo, la medicina, provengan de los mismos antecedentes privilegiados, lo cual tiene varias implicaciones. Primero, muchos miembros de este grupo élite pueden suscribirse a la noción de que la nobleza obliga. Segundo, en virtud de su posición socioeconómica, tienen mayor libertad de ocuparse en actividades altruistas que en sociedades con estructuras más planas. Tercero, dichos individuos pueden tener mayor influencia en el proceso político de lo que sería el caso en otras circunstancias. Cuarto, es probable que la élite en una profesión dada conozca muchos colegas en posición similar y muchos otros miembros de su clase socioeconómica, lo que da como resultado una buena comu-

nicación, valores compartidos y capacidad de influir en el resultado de los eventos. La capacidad de tan pocos individuos de tener tanta influencia es improbable en muchos otros entornos.

La evidencia y su difusión claramente tienen una fuerte influencia en los intentos de cambiar las políticas e inducir el desarrollo de programas de acción. Los proponentes de la planificación familiar en Colombia ciertamente comprendieron esto y actuaron en consecuencia. En el caso de Colombia fue particularmente efectiva la inducción de instituciones académicas al proceso político, la búsqueda simultánea de investigación y acción, el fuerte énfasis en la evaluación e investigación y la capacidad de convertir la evidencia científica en un lenguaje de fácil comprensión y accesibilidad para el lego.

La enseñanza final, y quizás la más importante, que emana del caso colombiano, es la importancia crítica de una serie de atributos y características personales entre los líderes que persiguen el cambio social. La importancia de la motivación y la alta energía es obvia. También es evidente la necesidad de paciencia, junto al coraje ante la oposición y la sagacidad de saber cuándo ser audaz y cuándo no. Sin embargo, la antena política aguda, la agudeza analítica, la capacidad de ponderar las ventajas y desventajas de las distintas estrategias y tácticas políticas y una disposición de modificarlas según lo dicten las circunstancias parecen ser más importantes que cualquier otra cosa.

Referencias

- Bailey, J. y J. Correa. 1975. "Evaluation of the Profamilia Rural Family Planning Program." *Studies in Family Planning* 6 (6): 148–55.
- Bauer, R. A. y K. J. Gergen. 1968. *The Study of Policy Formation*. Nueva York: Free Press.
- Bravo, G. 1979. "Socio-Economic Factors Affecting Fertility Decline in Colombia." *Population Studies* 65 (65): 116–21.
- Daguer, C. y M. Riccardi. 2005. *Al derecho y al revés: La revolución de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia*. Bogotá: Asociación Probienestar de la Familia Colombiana.
- Echeverry, Gonzalo. 1975. "Development of the Profamilia Rural Family Planning Program in Colombia." *Studies in Family Planning* 6 (6): 142–47.
- . 1991. *Contra viento y marea: años de planificación familiar en Colombia*. Bogotá: Colombian Association for the Study of Population.
- Echeverry, Gonzalo, J. B. Londoño y J. Bailey. 1977. "Colombia." En *Family Planning in the Developing World: A Review of Programs*, ed. W. B. Watson, 42–43. Nueva York: Population Council.

- Levine, R., A. Langer, N. Birdsall, G. Matheny, M. Wright y A. Bayer. 2006. "Contraception." En *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2da. ed., ed. D. T. Jamison, J. G. Breman, Anthony R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. Evans, P. Jha, A. Mills y P. Musgrove, 1075–90. Nueva York: Oxford University Press.
- Lindblom, C. E. 1968. *The Policy-Making Process*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- López-Escobar, Guillermo. 1978. *Aborto: interrogantes, comentarios y resultados parciales de algunas investigaciones en Colombia*. Monografía 8. Bogotá: Centro Regional de Población.
- MacCorquodale, D. W. y T. W. Pullum. 1974. "A Mathematical Model for Determining Family Planning Clinic Effectiveness." *Studies in Family Planning* 5 (7): 232–38.
- Measham, Anthony R. 1972. *Family Planning in North Carolina: The Politics of a Lukewarm Issue*. Monograph 17. Chapel Hill, NC: University of North Carolina, Carolina Population Center.
- Ott, E. R. 1977. "Population Policy Formation in Colombia: The Role of Ascofame." *Studies in Family Planning* 8 (1): 2–10.
- Pérez, E. 1976. *Colombia*. Country Profiles Series. New York: Population Council.
- Pérez, E. y F. Gómez. 1974. "Family Planning Programs: World Review." *Studies in Family Planning* 6 (8): 268–70.
- Rizo, A. 1978. "Colombia 1969–1978: A Case Study in Population Dynamics. Statement, abril 25, 1978." En *Population and Development: Status and Trends of Family Planning/Population Programs in Developing Countries*, vol. II, 313–30. Washington, DC: Government Printing Office.
- Ross, John A. 1966. "Recent Events in Population Control." *Studies in Family Planning* 1 (9): 1–5.
- Simmons, A. B. y R. Cardona. 1973. *Family Planning in Colombia: Changes in Attitude and Acceptance, 1964–69*. Ottawa: International Development Research Centre.
- Tamayo, Fernando. 1978. "The Colombian Experience: A Statement to the Congress of the United States." En *Population and Development: Status and Trends of Family Planning/Population Programs in Developing Countries*, vol. II, 299–312. Washington, DC: Government Printing Office.

9

Guatemala: los días pioneros del movimiento de la planificación familiar

*Roberto Santiso-Gálvez y Jane T. Bertrand**

En este volumen se destacan los programas más exitosos en el movimiento internacional de la planificación familiar. Guatemala no es una de las historias de éxito renombradas internacionalmente, pero se ha incluido en este volumen precisamente porque la lucha cuesta arriba para introducir la planificación familiar en ese país –que todavía hoy se sigue dando– es instructiva para entender el movimiento de la planificación familiar internacional. Mientras otros capítulos describen cómo la voluntad política y el liderazgo fuerte pudieron superar las barreras sociales y culturales al uso de anticonceptivos, este caso de estudio de Guatemala se enfoca en la resistencia a la planificación familiar en los más altos niveles, empezando en los años sesenta, que ha persistido por más de tres décadas e impedido la difusión de la planificación familiar. A pesar del establecimiento de una asociación privada y dinámica de planificación familiar a mediados de los años sesenta, 40 años más tarde Guatemala ocupa el último lugar en el uso de anticonceptivos en América Latina (Population Reference Bureau, 2006).

El contexto sociopolítico, principios de los años sesenta

En los años sesenta, Guatemala, con una población total de aproximadamente 4,8 millones de personas, se enfrentaba a serios problemas sociopolíticos. Tenía algunos de los peores indicadores socioeconómicos de la región: el ingreso promedio anual per cápita era de US\$315, el 66% de la población vivía en áreas rurales, el 62% era analfabeto, el 69% no tenía acceso a agua potable y sólo el 21% contaba con algún sistema de tratamiento de desechos humanos. La tasa de natalidad era alta, de 44,8 nacimien-

* Los autores desean expresar su agradecimiento a las siguientes personas por el aporte de valiosa información al presente capítulo en forma de entrevistas, recuentos escritos y documentación: Enrique Castillo Arenales, Cynthia Burski, Johnny Long, Mélida Muralles, María Antonieta Pineda, Óscar Rodríguez y Ricardo López Urzúa.

tos por cada 1.000 habitantes y las mujeres tenían en promedio 6,6 hijos. Los jóvenes de menos de 15 años de edad representaban el 46% de la población. El *machismo* y la discriminación contra la mujer eran penetrantes. El acceso a los servicios públicos era en extremo bajo y Guatemala le dedicaba menor cantidad de su presupuesto al sector de la salud que la mayoría de los demás países latinoamericanos. Más de la mitad de la población era indígena: mayas que pertenecían a 23 grupos lingüísticos distintos y a menudo eran analfabetos, incapacitados para hablar español, y aislados culturalmente del establecimiento (Morales, 1970). Al mismo tiempo, el conflicto entre el ejército guatemalteco y los grupos guerrilleros causó un extenso trastorno en la sociedad. Este es el contexto general en el que se inició la planificación familiar en este país, “un momento difícilmente apropiado para empezar este tipo de programas”, según el doctor Donald MacCorquodale, el funcionario de salud de la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional (Usaid) durante este período (comunicación personal de Cynthia Burski a Roberto Santiso-Gálvez, 2006).

Los años sesenta se iniciaron con considerable optimismo, el cual se derivó en parte del plan a 10 años del gobierno de Estados Unidos denominado Alianza para el Progreso, dirigido a promover el desarrollo en América Latina. Varias organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de Estados Centroamericanos, apoyaron en forma activa y participaron en un plan para mejorar la condición de la salud en la región, lo que dio una nueva esperanza a la salud materno-infantil en América Latina. Al mismo tiempo, crecía la preocupación sobre varios temas concernientes a la población, incluidas las alarmantes tasas de aborto ilegal, la necesidad de educación sexual para los jóvenes y los efectos del rápido crecimiento de la población en el desarrollo socioeconómico. Varios investigadores efectuaron estudios preliminares sobre aborto, mortalidad materna, anticoncepción, sexualidad y dinámica de población (para una excelente bibliografía anotada de estos estudios, ver Arias de Blois, 1978). Numerosas reuniones y conferencias tuvieron lugar para analizar estos distintos tópicos y la prensa se interesó en ellos, en especial en relación con la explosión de la población. Los programas radiales de noticias, por ejemplo, *Guatemala Flash*, dieron cobertura favorable a los temas de población en su emisión semanal, y revistas como *La Semana* cubrieron temas como el aborto y la educación sexual (comunicación personal de Ricardo López Urzúa a los autores, 2006).

Muchas organizaciones participaron en las actividades relacionadas con la población durante los años sesenta: los ministerios de Salud, Educación, Agricultura y Trabajo; las universidades; la Asociación Nacional de Ginecología y Obstetricia; los sindicatos; las cooperativas agrícolas y el Instituto Guatemalteco de Seguro Social (IGSS). También participaron numerosos grupos internacionales, entre ellos la Organización

de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; la Organización Mundial de la Salud, el Centro Demográfico Latinoamericano y del Caribe, la Federación Panamericana de Escuelas de Medicina (basada en Colombia), Pathfinder International, los U.S. Centers for Disease Control and Prevention, la Association for Voluntary Sterilization (Jhpiego), y Juárez y Asociados. Todas compartían el objetivo común de mejorar la calidad de vida de los guatemaltecos combatiendo la pobreza, el analfabetismo, los bajos niveles educativos y la deplorable condición de la salud. Notablemente, la mayoría de estos grupos tuvo una actitud favorable hacia la planificación familiar.

La historia de los días pioneros de la planificación familiar en Guatemala de 1960 a 1970 es bastante semejante a la de otros países de América Latina, pues empezó con un grupo central de pioneros dedicados que reconocieron la gran necesidad de la planificación familiar, establecieron una organización para ofrecer servicios a la población y combatieron en forma asidua para obtener el apoyo del gobierno para el programa. Aún así, en contraste con muchos otros países en los que el gobierno, o fue líder del movimiento de planificación familiar, o lo acogió después que las asociaciones privadas de planificación familiar habían establecido la factibilidad y aceptabilidad de tal programa, el gobierno de Guatemala no ofreció un apoyo fuerte hasta 2000 y no lo mantuvo después de un cambio en la Presidencia.

Pioneros de la planificación familiar

El principio de la planificación familiar en Guatemala se remonta a 1962, cuando la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) fomentaba el interés en el tema en muchos países de América Latina. La doctora Ofelia Mendoza, directora técnica de la IPPF para la Región del Hemisferio Occidental, viajó a la mayor parte de los países de la región a principios de los años sesenta, identificando personas que reconocieran la necesidad de la planificación familiar y estimulándolas a formar asociaciones privadas que serían eventualmente afiliadas de la IPPF. Mendoza propuso que los profesionales interesados crearan dichas asociaciones, cuyos objetivos serían promover el concepto de planificación familiar en el público en general y ofrecer servicios de calidad a quienes los necesitaran. El recuadro 9.1 presenta una cronología de los eventos principales en relación con la planificación familiar en Guatemala.

Recuadro 9.1 *Cronología de la planificación familiar*

- 1962: Diecinueve profesionales de la salud forman una junta preliminar de directores para una asociación privada de planificación familiar.
- 1963: Sus miembros fundadores desarrollan los estatutos para la asociación privada de planificación familiar.
- 1964: La Asociación Pro Bienestar de la Familia (Aprofam) obtiene condición legal.
- 1965: Aprofam abre su primera clínica en Ciudad de Guatemala con un médico, una enfermera y una trabajadora social.
El IGSS abre una clínica de planificación familiar.
- 1967: La Usaid firma un acuerdo tripartita (llamado Población y Salud Rural: 1969-1973) con el Ministerio de Salud y Aprofam. Se autoriza a esta última a establecer servicios de planificación familiar en 20 centros del Ministerio de Salud.
- 1968: El Vaticano publica la encíclica *Humanae Vitae*. La Iglesia católica de Guatemala intensifica su oposición a Aprofam.
Cediendo a la presión de la Iglesia católica, el IGSS impone estrictas restricciones al acceso a los servicios de planificación familiar.
- 1969: El gobierno reorganiza el Ministerio de Salud y crea la División de Salud Materno-Infantil y Familiar, que incluye la planificación familiar. El ministerio se tarda en difundir la información sobre la prestación de servicios de planificación familiar a sus centros de salud.
- 1970: La Usaid enmienda su acuerdo para crear la Oficina de Información, Educación y Capacitación integradas dentro del Ministerio de Salud. El ministerio acuerda extender la planificación familiar a 450 instalaciones.
Aprofam asume la responsabilidad de distribuir anticonceptivos y capacitar personal del ministerio.
- 1973: Se extiende hasta 1976 el acuerdo entre la Usaid y el ministerio.
- 1976: Una evaluación de la Usaid de las actividades realizadas según el acuerdo tripartita produce resultados mixtos.
Un terremoto da muerte a 25.000 personas y destruye gran parte de la infraestructura del Ministerio de Salud.
El ministerio se dedica a sus esfuerzos de reconstruir su infraestructura y cierra la Oficina de Información, Educación y Capacitación.
La Usaid firma un segundo acuerdo con el Ministerio de Salud y Aprofam para el período 1976-1980.
- 1977-1978: Las actividades realizadas según el acuerdo tripartita avanzan en buena forma y se extiende la cobertura a 492 instalaciones.
Los grupos pronatalistas inician ataques en contra del dispositivo intrauterino.
- 1979: Cediendo a la presión religiosa, el ministerio suspende el programa de planificación familiar, ordena la extracción de todos los dispositivos intrauterinos y suspende la esterilización y su colaboración con Aprofam.

(Continúa en la página siguiente)

- El sector privado persuade al ministerio a reanudar el programa de planificación familiar, pero sólo lo hace en 144 unidades de salud y permite que únicamente los médicos presten los servicios.
- 1980-83: La Usaid y el Ministerio de Salud firman un nuevo acuerdo efectivo para 1987.
Se producen dos golpes de Estado, pero no se afecta el programa de planificación familiar. El presidente Ríos Montt, un cristiano evangélico, ofrece algún apoyo a la planificación familiar.
- 1985: Los partidarios de la planificación familiar logran que se incorpore el artículo 47 en la nueva Constitución del país, que garantiza a las parejas el derecho de tener el número de hijos que deseen. Sin embargo, la oposición logra que se incorpore un artículo que declara que la vida empieza en la concepción con el objetivo de atacar los anticonceptivos como abortivos.
- 1986: El arzobispo de Guatemala envía una carta al presidente Ronald Reagan solicitándole suspender la ayuda estadounidense a la planificación familiar debido a alegatos de esterilización masiva de mujeres sin su aprobación. El presidente Reagan envía una comisión a Guatemala, que concluye que los alegatos son infundados.
Un cambio en el Ministerio de Salud favorece ligeramente la planificación familiar.
- 1992: La Usaid y el Ministerio de Salud firman un acuerdo para el período 1992-1996.
Varios miembros del Congreso preparan la Ley de Desarrollo Social.
- 1993: El presidente Jorge Serrano cede a las presiones religiosas y no la aprueba, aunque inicialmente estuvo a favor de la ley.
Llega un nuevo presidente al poder a raíz de un golpe de Estado.
- 1994-96: El presidente Ramiro de León Carpio instruye a la delegación guatemalteca a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo para que vote a favor de la posición de El Vaticano.
El programa de planificación familiar continúa operando a un nivel reducido.
Los medios destacan la controversia sobre planificación familiar.
- 1996-2000: El presidente Álvaro Arzú confronta a quienes están a favor de la planificación familiar y sus opositores, decide someter el asunto a la discusión pública y continúa el programa con fuerte apoyo político.
- 2000-04: El presidente Alfonso Portillo ofrece respaldo político a la planificación familiar.
Entra en vigencia (2001) la Ley de Desarrollo Social, que apoya fuertemente la salud reproductiva.
La política de desarrollo social y población orienta la implementación y el seguimiento de la planificación familiar (2002).
La Ley de Impuestos sobre Bebidas Alcohólicas destina fondos para la salud reproductiva (2004).

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 9.1)

- 2005-06: Los fondos generados por la Ley de Impuestos sobre Bebidas Alcohólicas destinados para la salud reproductiva no se emplean para ella. La sociedad civil prepara la Ley de Acceso Universal y Equitativo a Servicios de Planificación Familiar y su integración con el Programa Nacional de Salud reproductiva para asegurar la financiación de la anticoncepción. El Congreso aprueba la ley, pero el presidente Óscar Berger la veta con apoyo de la Iglesia católica y los grupos cristianos evangélicos, por el requisito de enseñar temas como educación sexual en los colegios.
- 2006: El presidente emite su veto demasiado tarde, permitiendo la operatividad de la nueva ley. La sociedad civil se organiza para asegurar la auditoría de los fondos destinados para garantizar su uso para la salud reproductiva y la compra de anticonceptivos.

En marzo de 1962, 19 profesionales guatemaltecos de la salud respondieron al llamado de Mendoza para crear una asociación privada dedicada a la planificación familiar. Estos miembros fundadores establecieron una junta preliminar de directores encabezada por el doctor Enrique Castillo Arenales (Pineda, 1977). Posteriormente, Castillo y Yolanda Gálvez, una enfermera, asistieron a una reunión de la IPPF en Nueva York con representantes de otros países para discutir más la necesidad de planificación familiar en la región. Después de la reunión de Nueva York, la junta preliminar conformó dos comités, uno para reclutar miembros adicionales y otro para escribir el borrador de los estatutos de la nueva asociación (Galich, 1971). El proceso de obtener condición legal para la asociación fue lento hasta que Castillo utilizó sus conexiones políticas para lograr resultados. El Ministerio del Interior aprobó los estatutos en agosto de 1964. En octubre, el periódico oficial local *Diario de Centro América* informó que la Asociación Pro Bienestar de la Familia, Aprofam, había obtenido condición legal. El doctor Roberto Santiso-Gálvez fue nombrado director y en 1969 Aprofam se afilió oficialmente a la IPPF.

La respuesta de Aprofam a la falta de apoyo oficial a la planificación familiar

Varios países en desarrollo de los que se presentan en el presente volumen tuvieron una política de población que sirvió de catalizador para la expansión de los servicios de anticoncepción en los años sesenta y setenta, como India, Indonesia y la República de Corea. Otros países, como Costa Rica, no contaron con el beneficio de

dicha política, pero sin embargo hicieron progresos significativos. Otros países más desarrollaron una política de población que no hizo mucho para adelantar la causa de la planificación familiar; por ejemplo, Ghana. En contraste, Guatemala no tuvo política de población ni voluntad política para apoyar una agenda de planificación familiar. En varias ocasiones, Aprofam intentó crear una política nacional de población en colaboración con legisladores a favor del tema, pero nunca despegó debido a la oposición religiosa y política y a la falta de compromiso por parte del gobierno. De hecho, la Ley de Desarrollo Social no entró en vigencia hasta 2001 y el desarrollo de una política de población no fue oficial hasta 2002, y aún hoy algunos observadores cuestionan el efecto de esta legislación en la prestación real de los servicios y el uso de anticonceptivos.

Desde mediados de los años sesenta, Aprofam empezó a llenar el vacío de liderazgo en planificación familiar y estableció los siguientes objetivos para el programa de planificación familiar:

- Mejorar la salud de la familia.
- Estimular la unidad familiar.
- Aumentar la conciencia y uso de métodos modernos de control de la fecundidad.

Para estos fines, se hizo énfasis en el programa en suministrar información y educar a la población, prestar servicios de planificación familiar de calidad y coordinar con otras entidades públicas y privadas con objetivos similares.

Aprofam abrió su primera clínica en enero de 1965 en el Hospital Latinoamericano de Ciudad de Guatemala, con un médico, una trabajadora social y una enfermera. La filosofía de los proveedores fue prestar servicios de calidad de manera que las clientas satisfechas pudieran remitir sus amigas a la clínica. Las clientas podían elegir entre la píldora y el dispositivo intrauterino (DIU), originalmente el DIU Margulis y luego el DIU tipo Lippes.

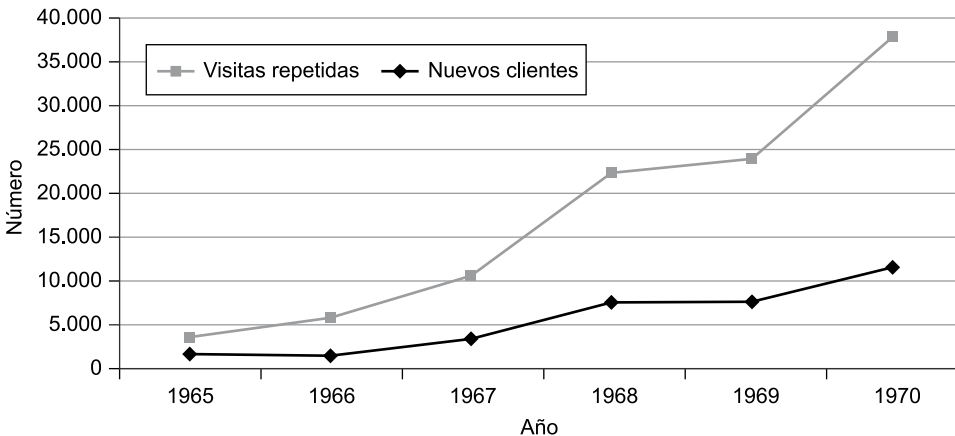
Desde un principio, la trabajadora social realizó actividades de extensión en los hospitales de maternidad del gobierno y con mujeres en su lugar de trabajo y en centros de salud, lo cual produjo el resultado deseado de crear demanda y Aprofam debió incrementar las horas de operación de su clínica. Desde el momento en que Aprofam estableció sus servicios clínicos, la IPPF, Oficina de la Región del Hemisferio Occidental de la IPPF, proporcionó apoyo financiero para las actividades de extensión, información, educación y comunicación. Tanto la IPPF como Pathfinder International donaron anticonceptivos y la mezcla de métodos se aumentó con cremas y tabletas vaginales, y preservativos.

Aprofam aumentó el número de médicos en su clínica y sus labores incluyeron la provisión de capacitación en el sitio a otro personal de la clínica. El personal de ésta, incluidos los médicos, fueron también a otros países latinoamericanos para recibir capacitación.

La respuesta a los servicios de planificación familiar aumentó en forma continua (gráfico 9.1) y Aprofam se mudó a mayores instalaciones en la Avenida Bolívar, localizada en un área densamente poblada de Ciudad de Guatemala.

En el mismo año en que Aprofam abrió su primera clínica en Ciudad de Guatemala, el IGSS estableció también su propio programa de planificación familiar. El IGSS es una institución semiautónoma y todos los empleadores con más de cuatro empleados están obligados a inscribirse al IGSS. El empleador contribuye con un 10% de la nómina y los trabajadores con el 4% de su salario para obtener los servicios de salud y otros servicios sociales. En colaboración con Aprofam, el IGSS creó la Clínica de Consejería Familiar como parte de sus servicios de maternidad, principalmente para combatir el alto nivel de abortos ilegales en la clase trabajadora. La contribución de Aprofam consistió en capacitación de personal de la clínica y provisión al IGSS de anticonceptivos. Santiso-Gálvez, entonces director de Aprofam, supervisó estas actividades del IGSS.

Gráfico 9.1 Número de nuevos clientes y visitas repetidas en Aprofam, 1965-70



Fuente: Aprofam, 1971.

De 1965 a 1968, la demanda de servicios de planificación familiar en el IGSS aumentó en forma drástica y éste duplicó el número de enfermeras y trabajadoras sociales y expandió sus instalaciones. Hernán Hurtado Aguilar, entonces director del

IGSS y hombre de fuerte conciencia social, demostró un gran liderazgo apoyando la prestación de servicios de planificación familiar durante este período inicial. Sin embargo, en 1968, la dirección del IGSS cambió y el nuevo director impuso severas limitaciones a la prestación de los servicios de planificación familiar, de modo que, para recibirlos, debería haberse tenido un aborto, tres operaciones de cesárea sucesivas, o presentar un caso de alto riesgo. En consecuencia el programa del IGSS se redujo drásticamente durante varios años, si bien Aprofam continuó proveyendo los anticonceptivos.¹

En resumen, Aprofam y el IGSS asumieron el liderazgo en el establecimiento de la prestación de servicios de planificación familiar durante los años sesenta. En adición, Aprofam tuvo un papel importante desarrollando investigación sobre planificación familiar y salud reproductiva, abogando por los temas de población ante los autores de las políticas, realizando campañas de información y educación para el público general y capacitando personal clínico. Aprofam también tuvo un papel de la mayor importancia en el desarrollo y coordinación de contraataques cuando la Universidad de San Carlos y la Iglesia católica amenazaban periódicamente con terminar el movimiento de planificación familiar.

El papel del Ministerio de Salud

¿Dónde estaba el Ministerio de Salud cuando ocurría todo esto? Guatemala siguió el patrón de la mayoría de los países latinoamericanos en el sentido de que la entidad afiliada a la IPPF iba generalmente a la vanguardia de la prestación de servicios de anticoncepción. Así, no es sorprendente la ausencia oficial del Ministerio de Salud en el frente del movimiento de planificación familiar. Lo que sí sorprende, sin embargo, es que al gobierno le tomara el tiempo de casi 40 años para apoyar con fuerza la prestación de servicios de anticoncepción, en comparación con la mayoría de los países latinoamericanos, que acogieron la planificación familiar en los años setenta y ochenta.

El Ministerio de Salud participó inicialmente en la planificación familiar en 1967, cuando firmó un acuerdo tripartita (el número 520-0189) con la Usaid y Aprofam para prestar servicios de planificación familiar. La firma se efectuó en el gobierno del presidente Julio César Méndez Montenegro, cuyo ministro de Salud, el doctor Emilio

1 En los años setenta, el IGSS adquirió equipo de laparoscopia para realizar esterilizaciones. Llegaron doctores de Costa Rica y El Salvador para capacitar a los del IGSS en este procedimiento y Aprofam envió personal del IGSS a recibir capacitación en Johns Hopkins University y apoyó el mantenimiento del equipo con un técnico calificado. Durante los años setenta, la esterilización femenina fue un método anticonceptivo importante en el IGSS.

Poitevin, lanzó esta colaboración con gran entusiasmo, prometiendo prestar los servicios en todos los centros de salud existentes. Poco después, el ministerio, cediendo a la presión política de los grupos pronatalistas, redujo su participación de 235 centros de salud a 20 y de 10 unidades móviles en las áreas rurales, a seis. Posteriormente dejaron de funcionar las unidades móviles. El apoyo del gobierno al programa fue débil, el personal carecía de experiencia y abundaban los temores sobre posibles críticas de la Iglesia católica. El acuerdo tripartita exigía que Aprofam capacitara al personal del Ministerio de Salud en prestación de servicios de planificación familiar, suministrara anticonceptivos al Ministerio de Salud y administrara el programa de planificación familiar. En esta forma, el Ministerio de Salud estaría capacitado para explorar la aceptabilidad de este nuevo servicio sin tener que endosar totalmente la planificación familiar (Burski, 1977).

Pronto empezaron a surgir problemas con la prestación de los servicios en las instalaciones oficiales. El Ministerio de Salud negoció con la Usaid para ofrecer incentivos a los médicos por cada nuevo usuario de la píldora o del DIU. La justificación fue que los médicos que prestaban este servicio recibían en general un pago insuficiente y que este complemento compensaría su carga de trabajo extra. Sin embargo, este incentivo económico tuvo un efecto contraproducente, pues el resto del personal del ministerio lo consideró como un favoritismo hacia la planificación familiar, lo que creó un antagonismo adicional hacia la prestación de servicios de anticoncepción. Además, dado que el ministerio había delegado la administración del programa a Aprofam, esta última era la responsable de girar los cheques mensuales a los médicos participantes en el programa y los críticos se quejaron de que este sistema usurpaba las funciones del ministerio. Los medios masivos de comunicación dieron mucha publicidad a esta controversia y los grupos de oposición política la aprovecharon al máximo para desacreditar al gobierno. Para 1968, el gobierno había eliminado los incentivos económicos, pero no antes de que hubieran causado un perjuicio considerable al programa, a Aprofam y a la Usaid.

A pesar de los numerosos problemas en la implementación del acuerdo tripartita y los deficientes resultados que produjo, la Usaid extendió su apoyo al programa a finales de 1969, pero demandó que el ministerio asumiera la total responsabilidad por el programa de planificación familiar en lugar de delegarlo a Aprofam.

En 1969, el gobierno emitió un decreto legislativo para reorganizar las operaciones del Ministerio de Salud y, como parte de este proceso, estableció la División de Salud Materno-Infantil y Familiar, que incluyó el Programa de Consejería Familiar para manejar la prestación del servicio de planificación familiar. Sin embargo, el ministerio tardó mucho en difundir la información sobre este nuevo programa a su personal en todo el país. Aun el eufemismo que seleccionó el Ministerio de Salud como

nombre para esta unidad (Consejería Familiar) reflejó su indisposición de endosar abiertamente la planificación familiar con base en su temor a los ataques religiosos, universitarios y de líderes izquierdistas.

Poco después, el gobierno creó otra unidad dentro de la División de Salud Materno-Infantil y Familiar, la Oficina de Promoción, Educación y Capacitación, que debía trabajar en estrecha colaboración con Aprofam para facilitar el trabajo del Ministerio de Salud en planificación familiar. Sin embargo, otras unidades del Ministerio que trabajaban en actividades similares de información, educación y capacitación rápidamente se sintieron resentidas. La nueva unidad intentó colaborar con otras unidades del Ministerio de Salud, pero la Iglesia católica continuó aplicando presión y creando mala prensa e información falsa con respecto a la planificación familiar. Por ejemplo, el programa de inmunización acordó desarrollar algunos afiches que promocionaban tanto la vacunación como la planificación familiar en los centros de salud. Rápidamente se difundió el rumor de que las vacunas esterilizarían a los niños que las recibieran, pues se descubrieron frascos con letreros de “agua estéril” en los paquetes de las vacunas. El incidente tuvo gran peso en la prensa local, desacreditando ambos programas, el de vacunación y el de planificación familiar.

El programa del Ministerio de Salud sufrió, además, por un intento de introducir *software* sofisticado para el seguimiento de estadísticas de servicio y proporcionar realimentación importante para la toma de decisiones. Introducido por expertos de los U.S. Centres for Disease Control and Prevention a principios de los años setenta, el personal local nunca dominó completamente el sistema, que no satisfizo las necesidades locales. Esta iniciativa pudo haber funcionado mejor con un seguimiento más cercano y una mayor defensa de su uso dentro del Ministerio de Salud. (Años más tarde, al avanzar la tecnología, el ministerio adquirió un nuevo sistema computarizado para su uso en la red de instalaciones. Sin embargo, fue demasiado difícil para institucionalizarlo, reflejando los retos inherentes en tales sistemas sin un seguimiento y evaluación apropiados.)

Estos primeros años de prestación de servicios de planificación familiar dentro de las instalaciones del Ministerio de Salud estuvieron al borde del caos. Aun el ministerio se sorprendió de que la Usaid decidiera extender su programa de asistencia técnica y financiera dados los deficientes resultados del primer acuerdo. Sólo es posible suponer que esa decisión se basó en las agudas necesidades de la población guatemalteca para todo tipo de ayuda para el desarrollo, emparejadas con el celo de la Usaid de promover la planificación familiar en forma tan amplia como fuera posible en los países en desarrollo.

La contribución de la Usaid

MacCorquodale arribó en 1964 a trabajar como funcionario de salud de la misión de la Usaid en Guatemala. Ese mismo año, la Usaid autorizó a sus misiones en América Latina a que financiaran programas de población y de planificación familiar. El director de la misión, Marvin Weissman, nombró a MacCorquodale para empezar negociaciones relacionadas con actividades de población y planificación familiar con el gobierno *de facto* del coronel Enrique Peralta Azurdia. MacCorquodale no pudo realizar progreso alguno durante ese gobierno, pues aun cuando fue recibido en forma cordial por los funcionarios del gobierno, las discusiones se volvían tensas ante cualquier mención de planificación familiar. La Usaid intentó entonces aproximarse a otras organizaciones oficiales, pero éstas también declinaron amablemente. Aparentemente Guatemala simplemente era demasiado católica. La Usaid ofreció aun apoyo a varias organizaciones para efectuar una encuesta sobre conocimiento, actitudes y prácticas sobre fecundidad, pero nadie aceptó la oferta.

MacCorquodale consultó con Santiso-Gálvez, director de Aprofam, quien sugirió se dirigiera al decano de la Escuela de Medicina de la Universidad de San Carlos. A pesar de las tendencias fuertemente marxistas de la Escuela, Santiso-Gálvez opinaba que el decano podría estar interesado en esclarecer la opinión pública sobre el tema de la población, dados los debates en curso sobre el rápido crecimiento de la población. MacCorquodale quedó estupefacto por el sentimiento tan abiertamente antiamericano en la universidad, expresado mediante *graffitis*, afiches, protestas y amenazas verbales de los estudiantes; sin embargo, el decano Julio de León lo recibió amistosamente y después de escucharlo, estuvo de acuerdo en que la universidad participara en un estudio, pero advirtió a MacCorquodale que no estaría dispuesto a respaldar la planificación familiar cualquiera que fuesen los resultados del estudio. MacCorquodale estuvo de acuerdo en no comprometerlo en eso.

El doctor Rolando Collado recopiló los datos para este estudio, denominado *La Familia de Guatemala*, en 1967, pero debió huir del país debido a amenazas de muerte de grupos anticomunistas por sus ideas izquierdistas. Más o menos por el mismo tiempo, la universidad sufrió muchos ataques y varios profesores fueron asesinados por grupos anticomunistas, reflejando el clima político altamente volátil del país en ese tiempo. Desde fuera del país, Collado pudo completar el análisis de los datos y publicar eventualmente los hallazgos del estudio (Collado, 1968).

MacCorquodale consideró que los principales hallazgos del estudio eran positivos y deseó distribuirlos entre líderes clave de la opinión, pero tanto el nuevo director (Deane Hinton) como el nuevo funcionario de población y salud (el doctor James King) pensaron que los resultados podrían servir para seguirle el juego a los marxis-

tas. MacCorquodale comentó más tarde: “*La Familia de Guatemala* nunca se distribuyó como nos hubiera gustado al señor Weissman y a mí. Imagino que casi todas las 2.500 copias de ese estudio se han podrido ya en la bodega y la que yo mantengo en mi biblioteca es posiblemente una de las pocas que existen” (MacCorquodale, 2002).

Contribuciones de otras agencias participantes

En el acuerdo tripartita firmado en 1967, la Usaid también proporcionó financiación a la Universidad del Valle para diseñar materiales curriculares sobre educación sexual y desarrollo humano a estudiantes desde kínder hasta enseñanza media y a los 3.000 maestros que utilizarían los materiales. Lanzado en 1968, este programa duró hasta 1975 como una colaboración entre el Ministerio de Educación y la Universidad del Valle. Como parte del proceso, se realizaron numerosas reuniones, tanto a nivel nacional como internacional. Se presentaron incontables problemas con los materiales curriculares para los estudiantes y los maestros en las etapas de diseño y producción. Por último, el Ministerio de Educación, que era el responsable de incorporar la educación sexual al plan oficial de estudios, simplemente no actuó. Los materiales producidos para ese propósito y almacenados en las bodegas fueron destruidos durante el terremoto de 1976, permitiendo que muchos concluyeran que el gobierno había cedido a las presiones de no ofrecer educación sexual en los colegios.

Otras agencias contribuyeron también al movimiento de planificación familiar en sus primeros días en Guatemala. Como parte de su Plan de Salud para las Américas a 10 años, la Organización Panamericana de la Salud demostró ser una excelente fuente de asistencia financiera y técnica y patrocinó varias conferencias y reuniones regionales para analizar la situación de la salud en América Central que produjeron recomendaciones regionales y específicas para cada país. Una de ellas fue incorporar la planificación familiar a los servicios en curso de salud materno-infantil.

La Organización de Estados Centroamericanos, una división de la Organización de Estados Americanos, ofreció becas y apoyó reuniones regionales sobre salud y educación sexual. El doctor Juan Alwood Paredes, un doctor salvadoreño responsable del sector de la salud dentro de la Organización de Estados Americanos, sirvió como catalizador importante para estas actividades.

Varias organizaciones basadas en Estados Unidos contribuyeron a fortalecer la planificación familiar en Guatemala. Pathfinder International fue una de las primeras en ofrecer asistencia de apoyo para capacitación, anticonceptivos y evaluación. Varios expertos de los U.S. Centers for Disease Control and Prevention, de la División de Salud Reproductiva ayudaron a diseñar el sistema computarizado de información

ya mencionado, sistemas logísticos y posteriormente colaboraron con la encuesta nacional de prevalencia de uso de anticonceptivos (Burski, 1977).

Otras organizaciones tuvieron un papel clave en asistencia técnica, si bien después de 1960-70, el período principal de atención del presente libro. Entre ellas cabe mencionar a la Universidad de Chicago, en información, educación, comunicación y evaluación; el Consejo de Población, en investigación de operaciones; Juárez y Asociados, en administración y capacitación; JHPiego, en capacitación y equipo para esterilización voluntaria, y el Program for International Education in Reproductive Health de Johns Hopkins, en capacitación en esterilización voluntaria.

En lo que se refiere a la importancia de la ayuda externa para el establecimiento de planificación familiar, a pesar del débil apoyo en el mejor de los casos y la abierta hostilidad en el peor, de los distintos gobiernos guatemaltecos en las últimas cuatro décadas, la ayuda externa tuvo un papel primordial en asegurar el acceso a la anticoncepción para una gran parte de la población. Sin la fuerte entrada de fondos, primero de la IPPF para la Región del Hemisferio Occidental y después de la Usaid y sus agencias cooperantes, y en menor grado de otros donantes, aun los dedicados pioneros habrían tenido dificultad para sostener el programa.

Control y evaluación

Durante gran parte de los años sesenta y setenta, la evaluación en Aprofam consistió en el seguimiento de estadísticas de servicios, por ejemplo el número de nuevos usuarios, de visitas repetidas, indicadores de procesos relacionados con las actividades realizadas, como número de charlas o reuniones efectuadas en clínicas o con la comunidad y el número de participantes en tales eventos. Una pieza útil de información que recopiló Aprofam en los primeros años de prestación del servicio fue el lugar de residencia de sus clientes, que guió la toma de decisiones para la expansión de las clínicas a áreas marginadas. En adición, los investigadores efectuaron estudios especiales ocasionales, en uno de los cuales se detectó una demanda significativa de *pap smears* (pruebas de Papanicolaou). Con base en estos resultados, Aprofam empezó a suministrar *pap smears* en sus clínicas, capacitó a técnicos en citología (Galich, 1971)² y fue la primera entidad guatemalteca en llevar a cabo una campaña de información para el público general sobre el cáncer cervical.

Una limitación mayor del trabajo de control y evaluación durante los años sesenta y setenta fue su enfoque exclusivo en resultados cuantitativos. Para citar una oportu-

2 Esta capacitación tuvo lugar en el National Cancer Institute y posteriormente en la Escuela Centroamericana de Citología, con base en el Hospital Roosevelt de Ciudad de Guatemala.

nidad perdida, Aprofam tuvo un papel crítico en la capacitación de personal clínico para prestar servicios de planificación familiar en sus propias clínicas, como también en el Ministerio de Salud y en clínicas del IGSS.³ En retrospectiva, habría sido útil evaluar estos eventos de capacitación más estrechamente con respecto al contenido de los cursos y el subsecuente desempeño de los capacitados. Como sucedió en realidad, Aprofam contó con relativamente poca evidencia de la efectividad de su capacitación o información sobre la cual basar las mejoras en la capacitación.

Una segunda limitación del trabajo de control y evaluación fue la dificultad de obtener recuentos precisos de nuevos usuarios, visitas repetidas, deserciones y usuarios activos. Esta actividad no sólo consumió grandes cantidades de tiempo de personal sino que también produjo resultados de precisión cuestionables debido a temas como duplicación de registros, creando un número inflado de clientes. La eventual adopción del indicador “parejas-año de protección” en los años noventa, una medida del volumen de anticoncepción suministrado por un servicio dado de planificación familiar, resolvió en buena parte este problema.

Durante los años setenta, los U.S. Centers for Disease Control and Prevention proporcionaron consultores para establecer un sistema computarizado de información para la administración. Según se anotó, el sistema no resultó útil en parte por falta de suficiente seguimiento y en parte por la baja prioridad que el Ministerio de Salud le dio a la planificación familiar (Burski, 1977). Más tarde, en los años ochenta y noventa, Aprofam se vinculó más a la investigación de operaciones y otros proyectos de evaluación (con investigadores de la Universidad de Chicago, Tulane University y el Consejo de Población), de modo que pudo obtener una mejor comprensión de la dinámica de sus programas. Han aparecido por lo menos 15 artículos documentando este trabajo en revistas académicas internacionales revisados por pares. Aprofam participó también en el diseño, y en algunos casos la recopilación y análisis de datos, de todas las encuestas nacionalmente representativas de fecundidad y planificación familiar efectuadas en Guatemala (1978, 1984, 1987, 1995, 1998 y 2002).

Factores que obstaculizaron la expansión de la planificación familiar en Guatemala

Hace varios años, los autores del presente capítulo buscaron esclarecer por qué Guatemala estuvo tan rezagada con respecto a los demás países de América Latina en la aceptación de la planificación familiar y argumentaron que cuatro factores bloquea-

3 Por ejemplo, de 1967 a 1970, Aprofam capacitó 85 doctores, 93 enfermeras, 164 auxiliares de enfermería, 475 promotores sociales y 42 de otras profesiones.

ron el progreso (Santiso-Gálvez y Bertrand, 2004): a) la fuerte influencia de la Iglesia católica en la toma de decisiones del gobierno en cuanto a la planificación familiar; b) la posición izquierdista de la principal universidad; c) la composición étnica de la población, y d) la intranquilidad civil que causó estragos en el país de 1966 a 1996. Ninguno de estos factores fue exclusivo de Guatemala, pero la convergencia de los cuatro en un solo país demostró ser devastadora para la planificación familiar. En particular los dos primeros factores frustraron los iniciales intentos de desarrollar una política de población y un programa fuerte de planificación familiar.

La Iglesia católica

En los años sesenta, la gran mayoría de la población era católica. (Desde entonces, el porcentaje de evangélicos ha venido aumentando en forma continua. Los evangélicos tienden igualmente a oponerse a la planificación familiar, pero no han ejercido la misma influencia en la élite gobernante.) La presencia de una Iglesia católica fuerte en un país dado no constituye en sí misma un impedimento a la planificación familiar (considérense, por ejemplo, los casos de Colombia y México), pero tiene un efecto atemorizante cuando la Iglesia y el Estado combinan fuerzas en su oposición a la planificación familiar. En Guatemala, los funcionarios en todos los niveles del gobierno estuvieron bajo presión constante de la Iglesia para oponerse a la expansión de la planificación familiar, en especial en el nivel nacional. Esta influencia penetrante de la Iglesia disuadió a algunos líderes eminentes de servir en la junta directiva de Aprofam y ocasionó que otros renunciaran a su cargo en ella. Los líderes de la Iglesia y los funcionarios del gobierno acusaron a Aprofam y a su junta directiva de promover el aborto, lo que no sucedió. (Dado el clima hostil para la planificación familiar, Aprofam ha eludido cualquier participación en intentos de legalizar el aborto.) Las actividades sólo continuaron porque un pequeño grupo pionero de profesionales de la salud comprometidos siguieron convencidos de los beneficios de la planificación familiar.

Poco después de abrir Aprofam su primera clínica de planificación familiar en 1965, la Iglesia católica manifestó su objeción en una carta pastoral oponiéndose al programa y al uso de anticoncepción artificial. Sin embargo, los ataques fueron relativamente moderados en los varios años siguientes, un período durante el que El Vaticano estuvo revisando su posición sobre la anticoncepción. De hecho, muchos, tanto dentro como fuera de la Iglesia, anticiparon que ésta disminuiría su oposición a la planificación familiar (McLaughlin, 1982). Durante este período de espera, algunos miembros de la Conferencia Episcopal de Guatemala contactaron al doctor Ricardo López Urzúa y a Santiso-Gálvez para discutir la forma de mejorar el nivel educativo de los jóvenes en el país e incluso propusieron que cada Iglesia aportara una escuela

y estuviera dispuesta a contar con expertos en paternidad responsable, planificación familiar y anticoncepción para enseñar sobre estas materias (como complemento a esta escolaridad), siempre que sus enseñanzas estuviesen de acuerdo con la moral y valores de la Iglesia y que la posición de la esta hacia la planificación familiar cambiara como se anticipaba. Sin embargo, la publicación de la encíclica *Humanae Vitae* en julio de 1968, oponiéndose en forma manifiesta a la “anticoncepción artificial” provocó una abrupta parada a las charlas sobre la posible colaboración entre la Iglesia y las organizaciones no gubernamentales locales. La oposición inicial de la Iglesia a los programas de planificación familiar de Aprofam y del IGSS se intensificó a raíz de la decisión de El Vaticano y el acuerdo tripartita entre el Ministerio de Salud, Aprofam y la Usaid se convirtió en objetivo de gran parte de esa hostilidad (Burski, 1977).

Por cuatro décadas, empezando en la de 1960, la Iglesia católica intentó influir en cada uno de los gobiernos de Guatemala para impedir la adopción y expansión de la planificación familiar. La respuesta de distintos gobiernos varió desde la neutralidad, pasando por el apoyo débil a la planificación familiar, hasta la oposición abierta. Quizás el más simpatizante fue el gobierno de Alfonso Portillo de 2000 a 2004, pero la actual administración del presidente Óscar Berger ha sido menos favorable. En varios momentos durante esos 40 años, la Iglesia ha amenazado con cerrar definitivamente la planificación familiar y en más de una ocasión ha estado cerca de hacerlo. Como se anotó, tener una Iglesia católica fuerte no fue el impedimento definitivo a la expansión de la planificación familiar, sino más bien los lazos estrechos entre la Iglesia católica y la élite gobernante sobre el tema de la planificación familiar.

La Universidad de San Carlos

La Universidad de San Carlos fue y es la principal institución académica de Guatemala. Dominada por izquierdistas en las posiciones de autoridad en los años sesenta y setenta, la universidad tuvo un papel clave para obstaculizar el desarrollo de un programa fuerte de planificación familiar. Los debates entre líderes de la universidad y los partidarios de la planificación familiar se iniciaron en los años sesenta. Por ejemplo, en 1968, la universidad patrocinó una conferencia titulada “Población y desarrollo”. Miembros de las facultades de economía y medicina denunciaron vigorosamente los programas de población como complots imperialistas del gobierno de Estados Unidos y como actividades contraproducentes al propósito de la revolución marxista (Osorio-Paz y Lemus-Mendoza, 1968). Otras personas, de dentro y fuera de Guatemala, intentaron defender los beneficios de dichos programas. Los organizadores de la conferencia –miembros de la facultad de economía– manipularon las conclusiones de la reunión de manera que fueron extremadamente negativas con respecto a

los programas de población y planificación familiar, y presentaron posteriormente el documento a la Iglesia católica, que obviamente compartió la posición de la facultad en contra de la planificación familiar, aunque por razones distintas.

Un factor de importancia en la hostilidad hacia los norteamericanos o *gringos* (es decir, Estados Unidos) fue la invasión militar en 1954, en la que este país apoyó un golpe dirigido por el coronel Carlos Castillo Armas, que derrocó al presidente Jacobo Arbenz Guzmán, a quien Estados Unidos consideraba comunista por haber expropiado las plantaciones de banano de la United Fruit Company. El opresivo poder e influencia de Estados Unidos en todo el hemisferio occidental fue una espina para muchos países latinoamericanos en este período y el fervor revolucionario encontró con mucha frecuencia su voz en los campos universitarios.

El clima antinorteamericano en San Carlos fue tan intenso que ocasionó decisiones incluso en contra de los propios intereses de la universidad. Por ejemplo, rechazó una donación de US\$3 millones de la Fundación Kellogg para equipos de laboratorio de medicina y odontología porque la financiación provenía de Estados Unidos. En forma irónica, el decano de la Escuela de Medicina en Costa Rica, el doctor Rodrigo Gutiérrez, marxista declarado y candidato presidencial del Partido Marxista en varias elecciones, optó por aceptar esta donación de la Fundación Kellogg. En otro caso, la Universidad de San Carlos declinó la oferta de Ferdinand Rath, del Centro Latino Americano de Demografía para establecer su rama centroamericana para la investigación demográfica en Guatemala y el centro regional se estableció entonces en Costa Rica, produciendo posteriormente parte de la mejor investigación demográfica en América Latina y capacitando varios demógrafos centroamericanos.

La oposición de la Universidad de San Carlos a la planificación familiar ha tenido repercusiones negativas que aún se sienten hoy. Primero, las autoridades de la universidad prohibieron la investigación en el campo de la reproducción humana: bloquearon la investigación del doctor Howard Tatum sobre el DIU T de cobre y después rechazaron permitir estudios sobre métodos inyectables y sobre quinacrina (utilizada para la obstrucción de las trompas de Falopio). Segundo, la universidad no capacitó, ni permitió capacitar a sus estudiantes de medicina en planificación familiar, anticoncepción y otros aspectos de la reproducción humana. Cuando los estudiantes de medicina de último año, o los recién graduados, eran enviados a prácticas rurales, no contaban con capacitación mínima en anticoncepción. En forma semejante, la Escuela Nacional de Enfermería, dirigida por monjas católicas, negó este tipo de capacitación a sus estudiantes. Así, los doctores y enfermeras graduados en estos programas no tenían el conocimiento ni las competencias necesarias para prestar servicios de planificación familiar. Además, solían tener actitudes negativas hacia la planificación familiar, que combinaban con el débil o inexistente apoyo a la planificación familiar

en las instalaciones oficiales para condenar aún más a la ruina la planificación familiar en el sector público. Aun cuando la universidad empezó a permitir que los estudiantes de medicina tomaran cursos de capacitación del Program for International Education in Reproductive Health de Johns Hopkins en colaboración con Aprofam en 1992-94, las deficiencias en la capacitación mientras prestaban servicios de planificación familiar continuaron repercutiendo en todo el sistema de salud.

La composición étnica del país

Más de la mitad de los guatemaltecos son indígenas mayas, que comprenden unos 23 grupos lingüísticos distintos. A pesar de ser una mayoría, la población indígena ha padecido durante décadas la opresión social y económica de los 'ladinos' de habla española (la población blanca y mestiza que ha controlado los recursos económicos desde la época de los conquistadores). La gran mayoría de los mayas vive en pobreza en zonas rurales, experimenta altas tasas de mortalidad materna e infantil y presenta bajas tasas de educación y alfabetismo. En adición, su punto de vista único sobre el mundo (su cosmovisión) está en conflicto con algunos aspectos del control planeado de la fecundidad. Las marcadas diferencias entre los 'ladinos' y los mayas en poder político, nivel educativo, acceso a los medios e ideas occidentales, y valores culturales, explican las drásticas diferencias en el uso de anticonceptivos entre los 'ladinos' de habla española (52,8% de las mujeres casadas usaba anticonceptivos en 2002) y sus contrapartes mayas (23,8%). Sin embargo, esto no era un tema principal en los años sesenta, pues con los primeros programas se buscaba aumentar la demanda y ofrecer servicios a poblaciones de bajos ingresos, primariamente 'ladinos', en las zonas urbanas. Pero al mismo tiempo, las características socioeconómicas y los valores culturales del grupo predominante ciertamente no ayudaron a la introducción de la planificación familiar en el país.

El conflicto civil interno

En los años sesenta se inició un conflicto armado interno que terminaría en guerra civil en los años setenta, llegando a su punto máximo en los ochenta y prolongándose hasta la firma de los acuerdos de paz en 1996. Este conflicto se desarrolló primero en la región montañosa oriental, donde el ejército guatemalteco supuestamente atacó en forma repetida a las fuerzas guerrilleras. Poco después, el conflicto se desplazó a la región montañosa noroccidental, hogar de grandes segmentos de la población indígena. Los mayas, que asumieron todo tipo de posición de liderazgo durante *la violencia* en los años ochenta corrieron grandes riesgos y muchos "desaparecieron",

mientras otros pudieron huir del país. En medio de esta situación violenta y caótica, el gobierno y organizaciones no gubernamentales, ya retadas a prestar servicios de salud a las poblaciones rurales, vieron que su trabajo era casi imposible. La infraestructura para servicios sociales era virtualmente inexistente en muchas zonas. Aunque esta situación tuvo tremendas implicaciones para la expansión de los servicios de planificación familiar en las zonas rurales en los años ochenta y noventa, no tuvo una gran influencia durante los primeros años de la planificación familiar, cuando los programas iban dirigidos a las zonas urbanas.

Enseñanzas

Las enseñanzas de la experiencia de Guatemala pueden ser de valor limitado para los programas de otros países que tienen un contexto sociocultural distinto y se encuentran en un punto histórico diferente en relación con la planificación familiar. No obstante, la experiencia de Guatemala arroja alguna luz sobre la introducción de planificación familiar en países con poco apoyo del gobierno y condiciones socioculturales desfavorables.

La experiencia de Guatemala ilustra la dificultad de establecer con firmeza la planificación familiar en un país donde la Iglesia católica y el gobierno combinen sus fuerzas en su oposición a la planificación familiar. Las diversas estrategias con que se intentó facilitar la introducción de la planificación familiar –que la afiliada a la IPPF administrase el programa del Ministerio de Salud y el pago de incentivos a médicos que prestaran servicios de anticoncepción– demostraron ser problemáticas. La fuerte oposición de la principal universidad del país tuvo repercusiones fuertemente negativas que bloquearon la investigación sobre anticonceptivos, la capacitación de trabajadores de la salud y la provisión de servicios de anticoncepción. La gran población indígena de Guatemala y la incipiente intranquilidad civil fueron otros factores que obstaculizaron la introducción de la planificación familiar especialmente a finales en las décadas de 1980 y 1990.

Contra este telón de fondo de obstáculos, varios factores mantuvieron viva la planificación familiar en los primeros días. Primero, Aprofam creció rápidamente y se convirtió en una organización dinámica que llenó el vacío que dejó el Ministerio de Salud. No sólo creó y después expandió sus propias clínicas, sino que ayudó al IGSS a establecer una clínica y trabajó con otros socios para el desarrollo a través de los años para expandir el acceso a la anticoncepción. Segundo, aun cuando la élite gobernante se opuso a la planificación familiar, la demanda de anticoncepción fue fuerte y la gente respondió a la oferta de los servicios. Tercero, la Usaid no vaciló en continuar su apoyo financiero y técnico a la planificación familiar a pesar de los opacos resul-

tados. Cuarto, figuras clave de los medios mantuvieron el tema de la población y la planificación familiar a la vista pública y periódicamente cuestionaron la posición de la Iglesia católica.

En cuanto a lo que pudo haberse hecho en forma distinta, en retrospectiva, debió haberse invertido mayor esfuerzo para comprender el contexto sociopolítico y para diseñar e implementar programas adecuados a las necesidades locales. También, las organizaciones no gubernamentales, los miembros del Congreso, los defensores de la planificación familiar, los grupos femeninos, las agencias internacionales y otras pudieron haber ejercido mayor presión sobre el Ministerio de Salud para que asumiera un papel dirigente en la planificación familiar en lugar de permitir que lo asumiera Aprofam. Ciertamente, el Ministerio de Salud debió haber difundido más ampliamente a su interior el acuerdo legislativo que establecía la planificación familiar, y pudo haber evitado el antagonismo hacia el programa creado por los incentivos financieros otorgados a los proveedores del servicio de planificación familiar.

Para otros países que pugnan por introducir la planificación familiar en condiciones desfavorables pueden ser pertinentes las siguientes recomendaciones:

- Estudiar y comprender el contexto sociocultural en lo que se relaciona con la planificación familiar.
- Asegurar una fuente sostenida de apoyo financiero y técnico.
- Integrar la planificación familiar con otros servicios de salud, por ejemplo tamizado de cáncer ginecológico, sexualidad, adolescencia e infecundidad, tanto para incrementar la aceptabilidad del programa en la población como para incrementar la eficiencia en la prestación de los servicios.
- Estimular al Ministerio de Salud a que acepte sus responsabilidades legítimas de prestar servicios de planificación familiar de calidad y trabajar con otros ministerios, como educación, trabajo, economía y finanzas.
- Mejorar la coordinación entre las agencias que trabajan en planificación familiar para evitar la duplicación y aumentar la eficacia del programa.
- Asegurar la capacitación previa al servicio y durante éste en prestación de servicios de anticoncepción para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar.
- Hacer un seguimiento del desempeño de los capacitados para asegurar que sean aptos para prestar servicios de calidad y de que lo están haciendo.
- Establecer un programa continuo de seguimiento y evaluación que incluya metodologías cuantitativas y cualitativas, indicadores de proceso y evaluación de impacto.

Conclusiones

Las dificultades que encontraron los pioneros de la planificación familiar durante los años sesenta presagiaron problemas que han continuado obstaculizando el progreso desde entonces. Aprofam intervino para llenar el vacío de liderazgo dejado por el Ministerio de Salud, prestando servicios de anticoncepción, defensoría, capacitación, información, educación, comunicación e investigación. Pero la falta de apoyo político, los ataques incesantes de la Iglesia católica y la periódica intranquilidad civil costaron caro, como lo refleja el nivel aún bajo de prevalencia de uso de anticonceptivos en Guatemala.

Referencias

- Aprofam (Asociación Pro Bienestar de la Familia). 1971. *Informe Anual de Aprofam*. Ciudad de Guatemala: Aprofam.
- Arias de Blois, Jorge. 1978. *Demografía guatemalteca 1960–1976: una bibliografía anotada*. Ciudad de Guatemala: Universidad del Valle.
- Burski, Cynthia. 1977. *Family Planning in Guatemala*. Informe de consultoría. Ciudad de Guatemala.
- Collado, Rolando. 1968. *La familia en Guatemala*. Ciudad de Guatemala: Universidad de San Carlos.
- Galich, López Luis. 1971. “Informe de actividades de Aprofam.” Documento presentado en la First National Conference on the Family, Infancy, and Youth, Council for Social Well-Being, Ciudad de Guatemala, abril.
- MacCorquodale, Donald. 2002. “How Family Planning Came to Guatemala.” Documento no publicado, Ciudad de Guatemala.
- McLaughlin, Loretta. 1982. *The Pill, John Rock, and the Church: The Biography of a Revolution*. Boston: Little Brown and Company.
- Morales, Annette de Fortin Zoila. 1970. “Salud materno infantil en Guatemala.” Tesis de grado, Universidad de San Carlos, Ciudad de Guatemala.
- Osorio-Paz, Saúl y Bernardo Lemus-Mendoza. 1968. Seminario sobre *La población y el desarrollo económico*. Ciudad de Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Económicas.
- Pineda, María Antonieta. 1977. *Juntas Directivas de Aprofam*. Ciudad de Guatemala: Asociación Pro Bienestar de la Familia.
- Population Reference Bureau. 2006. *World Population Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Santiso-Gálvez, Roberto y Jane Bertrand. 2004. “The Delayed Contraceptive Revolution in Guatemala.” *Human Organization* 63(1): 57–67.

10

La planificación familiar y el Banco Mundial en Jamaica

*Timothy King**

En Jamaica, como en muchos países, los pioneros de la planificación familiar fueron hombres y mujeres que buscaron mejorar el bienestar de sus empobrecidas compatriotas y quienes quizá eran también conscientes de las amenazas sociales de un rápido crecimiento de la población. Cuando, eventualmente, el control de la población se convirtió en política nacional, la relación entre los programas privados iniciales y el esfuerzo nacional no siempre evolucionó en forma suave, como lo muestra la experiencia de Jamaica (en el recuadro 10.1 se presenta una cronología de los eventos principales relacionados con la planificación familiar en Jamaica). Una cuestión relacionada fue la de si el programa de planificación familiar debería ser vertical, esto es, con personal dirigido hacia un solo objetivo, o si debería integrarse al servicio de salud pública. Estos temas no fueron propios de Jamaica, pero fue distinta en un aspecto, pues fue el entorno del primer préstamo del Banco Mundial para actividades de planificación familiar. Los programas de planificación familiar implicaban gastos públicos bastante diferentes de las inversiones en infraestructura, para las que se habían efectuado casi todos los préstamos del Banco Mundial, y el diseño y evaluación de un préstamo para planificación familiar que no violara los principios que orientaban los créditos del Banco, que en ese tiempo requerían una serie de decisiones a los más altos niveles administrativos. Esas decisiones dieron forma a los préstamos de población del Banco durante varios años y lo sometieron a una buena dosis de crítica externa (*ver*, por ejemplo, los comentarios sobre el intento de préstamo del Banco a Irán, mencionado en el capítulo 3). Por esa razón, este capítulo se centra en el proceso de realización de este préstamo.

* Quiero agradecer a Elisa Liberatori Prati, la archivista jefe del Banco Mundial, y a los miembros del personal bajo su cargo, en especial a Bertha F. Wilson, por su ayuda al facilitarme el acceso a los materiales del Banco Mundial, inclusive documentos internos, que sólo se ponen a disposición por solicitud especial.

Tentativas privadas

La preocupación intelectual sobre las presiones del aumento de la población en los recursos de una pequeña isla montañosa, densamente poblada y dependiente en ese tiempo de sus exportaciones de azúcar y banano, data por lo menos desde los años treinta. La tasa de natalidad entonces no era especialmente alta según los estándares internacionales; entre 1936 y 1940, fue en promedio de 32,1 nacimientos por cada 1.000 habitantes, habiendo disminuido de 37 en 1921 (Zachariah, 1973). Sin embargo, la mortalidad había caído con mayor rapidez: la expectativa de vida al nacer aumentó de unos 35 años en 1920 a unos 48 en 1940 (cifras tomadas de Riley, 2005, quien discute estimados alternativos de diferentes autores).

Curiosamente, el estímulo inmediato para el primer intento organizativo de alentar el uso de la planificación familiar fue una preocupación sobre las pensiones (Ja-

Recuadro 10.1 Cronología de eventos principales

- 1939: Se conforma la Liga de Control de la Natalidad de Jamaica.
- 1950: Lenworth y Beth Jacobs inician el trabajo de planificación familiar en la parroquia de Santa Ana.
- 1954: Los Jacobs establecen una clínica en Santa Ana.
- 1956: Se crea la Asociación de Planificación Familiar de Jamaica.
- 1962: La Asociación toma posesión de los activos de la Liga de Planificación Familiar de Jamaica.
- 1963: En el Plan Quinquenal de la Independencia se anotan los efectos económicos adversos del crecimiento de la población.
- 1966: Se establece la Unidad de Planificación Familiar en el Ministerio de Salud.
- 1967: Se instaure la Junta Nacional de Planificación Familiar.
- Ene. 1968: Lenworth Jacobs es nombrado director ejecutivo de la Junta Nacional de Planificación Familiar.
- Abril 1968: Robert McNamara es nombrado presidente del Banco Mundial.
- Nov. 1968: Jamaica solicita al Banco Mundial un préstamo para planificación familiar.
- Ene. 1969: El Banco Mundial envía una misión de revisión de la población.
- Dic. 1969: El Banco Mundial envía una misión de evaluación para el proyecto de población.
- Junio 1970: La Junta de Directores Ejecutivos del Banco Mundial aprueba un préstamo para el proyecto de población.
- Ago. 1970: La Junta Nacional de Planificación Familiar recibe condición legal estatutaria.
- Abril 1974: La planificación familiar se integra a los servicios de salud.
- Mar. 1977: Se cierra el préstamo del Banco Mundial.

cobs, s.f.). En busca de dinero para pensionados, dos mujeres jamaicanas acudieron a la Morton Jam Company de Londres en busca de ayuda; se les respondió que ésta no llegaría a menos que Jamaica hiciera algo para controlar el crecimiento de su población. Como respuesta fundaron la Liga de Planificación Familiar de Jamaica en 1939, recibieron apoyo de varios dirigentes locales en distintos campos, entre ellos Norman Manley, futuro primer ministro, e inauguraron una clínica en Kingston que prestó servicios de consejería y otros.

El recién formado Partido Nacional del Pueblo de Manley incluyó el control de la natalidad en su plataforma política (Rosen, 1973). El Partido Laborista de Jamaica, de oposición, formado unos años más tarde por Alexander Bustamante, reclamó que la intención era reducir la población negra. Posteriormente el Partido Laborista de Jamaica retiró el cargo y, de hecho, unos 20 años después conformó el gobierno que desarrolló por primera vez un programa de planificación familiar financiado por el Estado. Sin embargo, durante los 18 años de autogobierno democrático bajo los mismos dos líderes, en los que tuvo lugar la transferencia pacífica del cargo de primer ministro de Bustamante a Manley y otra vez a Bustamante después de elecciones, ningún partido hizo nada en cuanto a planificación familiar. La consideración del movimiento de planificación familiar como conspiración racista no desapareció y la expresaron en forma muy abierta los defensores del movimiento del poder negro en los años setenta.

En un informe de 1941, de un comité del gobierno que estudió el problema del desempleo, se propuso también que se debía tener disponibilidad de todos los servicios de planificación familiar y educación (Rosen, 1973). No resultó nada de eso y tampoco tuvo la Liga de Planificación Familiar de Jamaica ningún efecto discernible en las tasas de fecundidad (en las clínicas hubo un promedio de unas 15 aceptantes de planificación familiar por mes en los años cuarenta).¹ La tasa de natalidad subió después de la Segunda Guerra Mundial y llegó a 42,4 nacimientos por cada 1.000 habitantes en 1960 (Zachariah, 1973). Para ese tiempo, la tasa de mortalidad había caído a 8,9 muertes por cada 1.000 habitantes. A principios de los años sesenta, la tasa natural de aumento de la población (la tasa de natalidad menos la de mortalidad), de más de 3%, se redujo a menos de 1% por la migración al exterior, principalmente al Reino Unido. Aun cuando cayó la tasa bruta de natalidad después de 1960, el censo

1 Estas cifras se han tomado de un informe no publicado del Banco Mundial. Gran parte de las estadísticas utilizadas en este capítulo se han tomado también de informes no publicados del Banco Mundial en los que, a su vez, se ha hecho uso de fuentes publicadas y no publicadas, principalmente del gobierno y usualmente no he identificado el informe del cual se ha tomado un ítem particular de información o su fuente original.

de 1970 mostró que eso fue resultado de la emigración selectiva y de los cambios en la estructura de edades, y no de una caída en la fecundidad.

En 1950, un médico, el doctor Lenworth Jacobs, y su esposa Beth, iniciaron un programa de suministro de anticonceptivos a clínicas de salud pública de su parroquia de Santa Ana en la costa norte de Jamaica, y en 1954 establecieron una clínica allí. Consiguieron financiación de varias fuentes, incluidas algunas pequeñas fundaciones estadounidenses. En 1956, este proyecto evolucionó para convertirse en la Jamaica Family Planning Association (JFPA, Asociación de Planificación Familiar de Jamaica), que se afilió a la recién formada Federación Internacional de Planificación de la Familia (International Planned Parenthood Federation). En 1962, la JFPA se hizo cargo de los activos de la Liga de Planificación Familiar de Jamaica. En 1964, la Agencia de los EE.UU para el Desarrollo Internacional. (Usaid) proporcionó dos unidades móviles a la JFPA, lo que constituyó la primera donación de ese tipo de la agencia.² Los Jacobs continuaron siendo las figuras predominantes en el movimiento de planificación familiar voluntaria de Jamaica hasta 1982, poco antes de la muerte de Lenworth Jacobs.

Planes y programas del gobierno

Los Jacobs eran allegados a los líderes de ambos partidos políticos e hicieron un cabildeo intenso para que el gobierno lanzara un programa activo. Los católicos sólo eran el 7% de la población según el censo de 1960 (Ebanks, Jacobs y Goldson, 1971), pero ellos y otros grupos fueron clamorosos en su oposición a las actividades de los Jacobs y los políticos se mantuvieron silenciosos. Sin embargo, a principios de los años sesenta los resultados de una encuesta sobre fecundidad y planificación familiar mostraron que entre las mujeres de baja condición socioeconómica el tamaño de familia deseado estaba bien por debajo del promedio real y que la mayoría de las mujeres jamaicanas sabían poco sobre planificación familiar pero querían saber más. Estos resultados contribuyeron a modificar las actitudes políticas (Ebanks, Jacobs y Goldson, 1971; Stycos, 1964). La continua ansiedad sobre el mayor crecimiento de la población empeoró después de que el Reino Unido pasó la Ley de Inmigración de la Mancomunidad en 1962, haciendo mucho menos probable que continuara la inmigración para reducir los problemas de una creciente fuerza laboral. Los principales productos de exportación, la bauxita y el turismo, sólo proporcionaban empleo

2 Jacobs (s.f.) dice que esta fue la primera donación de la Usaid, pero no está claro si se trató de unidades móviles o, en forma más general, la primera para actividades de planificación familiar.

limitado. El desempleo abierto, estimado generalmente durante los años sesenta entre 15% y 20% de la fuerza laboral nacional, se percibía ya como un problema social y político importante. Fue muy evidente en Kingston, reflejando en gran parte la emigración desde el sector de agricultura en pequeña escala, densamente poblado y empobrecido, y fue particularmente malo entre los jóvenes: el censo de 1960 mostró que el 40% de los jóvenes de entre 14 y 19 años de edad, y el 30% de los de entre 20 y 24, estaban desempleados. El problema del crimen era severo y casi con certeza se relacionaba con estas cifras.

Después de la independencia total en 1962, el Partido Laborista de Jamaica produjo el Plan Quinquenal de la Independencia, 1963-1968, que contenía la declaración de que el gobierno reconocía los efectos adversos sociales e individuales del rápido crecimiento de la población e intentaba promover la información sobre la planificación familiar y su disponibilidad (Williams, 1969). Aunque este fue un signo de que habían muerto las controversias políticas sobre el asunto, no significaba que hubiera desaparecido toda sensibilidad. El gobierno rechazó participar en un seminario nacional de población en la University of West Indies en junio de 1964 (Rosen, 1973). Aun en 1972, el primer ministro le solicitó a Edward Sega, el ministro de finanzas del Partido Laborista de Jamaica, no inaugurar una conferencia en la universidad organizada por la JFPA por temor a ofender a los católicos. Entonces el líder de la oposición, Michael Manley, renunció a ser el orador de la clausura de la conferencia como había acordado (Jacobs, s.f.).

En abril de 1964, el Victoria Jubilee Hospital (VJH), el mayor hospital de maternidad de la isla, donde ocurrían del 20% al 25% de los nacimientos, inició un programa piloto de dispositivos intrauterinos (DIU) de posparto con financiación del Consejo de Población. El éxito de este proyecto llevó a un anuncio, unos tres meses más tarde, del ministro de salud de que se establecerían centros de planificación familiar en 14 hospitales del gobierno. El anuncio recalcó la naturaleza voluntaria del programa y el progreso fue lento, principalmente por la escasez de médicos y de personal capacitado, de modo que sólo se insertaron 6.000 DIU en los primeros 15 meses del programa (Williams, 1969). Los informes sobre efectos colaterales de sangrado y calambres experimentados por algunas de las mujeres volvieron impopular al DIU y aun circularon rumores de que causaba cáncer.

Una indicación adicional del apoyo público a la planificación familiar llegó en 1965, cuando la Iglesia católica abrió una clínica en Kingston en la que se enseñaba el método anticonceptivo del ritmo (Ebanks, Jacobs y Goldson, 1971). Este fue un tiempo de reforma en la Iglesia y muchas personas esperaban que cambiara su posición sobre la anticoncepción. En 1966 se estableció una Unidad de Planificación Familiar al interior del Ministerio de Salud “para coordinar las actividades del esfuerzo de

planificación familiar y dar un sentido de dirección a este programa vital” (Williams, 1969, p. 140). En septiembre de 1967, la Unidad de Planificación Familiar fue reemplazada por la semiautónoma National Family Planning Board (NFPB, Junta Nacional de Planificación Familiar). La NFPB estaba conformada por un grupo de líderes profesionales y de negocios de nueve miembros, que se reunía cada dos a tres meses para fijar políticas y aprobar presupuestos. Sus miembros los designaba el ministro de salud, quien retenía la responsabilidad total por eso, y creaba su propio personal administrativo de más de 60 personas. En enero de 1968, Lenworth Jacobs pasó de la presidencia de la JFPA a ser el primer director ejecutivo de la NFPB. En junio de 1968, la NFPB publicó un programa de tres años solicitando una campaña educativa, un aumento de un 50% en el número de clínicas para servicios de planificación familiar, un programa para poner a libre disposición de todas las mujeres Papanicolaou (prueba de Papanicolaou) y la capacitación del personal necesario. Declaró el objetivo de reducir la tasa de natalidad a 25 para 1975. En agosto de 1970, la NFPB se convirtió en organismo estatutario, aunque su relación con el ministro de salud no cambió en forma significativa.

El número de clínicas del ministerio de salud que ofrecía servicios de planificación familiar aumentó rápidamente de 25 en 1966 a 50 en 1967, a 94 en enero de 1969 y a 137 en enero de 1970. Usualmente, un centro de salud ofrecía de una a cuatro sesiones de medio día al mes, aunque cuatro clínicas de Kingston fueron de tiempo completo. Un equipo clínico estaba compuesto por un doctor, una enfermera entrenada, una partera y un archivador de registros, los dos primeros empleados por el Ministerio de Salud y los dos últimos por consejos parroquiales. Los métodos anticonceptivos provistos incluyeron preservativos, píldoras, DIU, diafragmas y otros métodos vaginales, los cuales eran gratis, salvo la píldora, por la cual se cobraba un cargo nominal (US\$0,12 por ciclo), pero éste no era obligatorio en caso de escasez económica. El VJH ofrecía esterilización femenina y el aborto no era legal en Jamaica en ese tiempo, excepto para proteger la vida de la madre. El programa se enfocó hacia la mujer, lo cual fue una estrategia lógica en una sociedad en la que el 70% de los nacimientos ocurría por fuera del matrimonio. Sólo el 20% de las mujeres en edad reproductiva de la muestra de la encuesta sobre fecundidad en los años cincuenta eran casadas, el 44% vivía en relaciones legales comunes y el resto en “relaciones de visita”. En agosto de 1969, más del 60% de las aceptantes prefería la píldora y un 14% el DIU; en agosto de 1970, unas 47.000 mujeres habían sido usuarias del programa, o sea, cerca del 12% de las mujeres de entre 15 y 44 años de edad (Ebanks, Jacobs y Goldson, 1971).

Puesto que la NFPB era responsable ante el Ministerio de Salud, podría haberse esperado que el cambio de Jacobs a la NFPB fortaleciera la cooperación entre el ministerio y la JFPA, en especial porque Beth Jacobs llegó a ser la directora de la JFPA; sin embargo,

pronto salió a relucir la rivalidad entre la JFPA y el ministerio. Aun cuando el programa de planificación familiar dependía de las instalaciones físicas de los servicios de salud, operaba de forma independiente con presupuesto aparte, y surgieron las quejas al interior del Ministerio de Salud sobre la excesiva influencia de la JFPA en la NFPB y en la JFPA se supo que funcionarios del ministerio habían intentado disuadir a potenciales donantes extranjeros de ofrecer apoyo directamente a la JFPA (Jacobs, s.f.).

Principiando en Santa Ana en 1966, la JFPA había organizado un programa para las llamadas promotoras visitadoras (*encouragement visitors*), a saber, las usuarias de anticonceptivos de buena reputación que, se esperaba, serían defensoras persuasivas de la adopción de métodos de planificación familiar y podrían suministrar información sobre la disponibilidad de los servicios. La NFPB contrató con la JFPA la tarea de contratar, capacitar, desplegar y supervisar 120 visitantes de fomento, para trabajar en cada parroquia con una remuneración de US\$30 a la semana. Desde la perspectiva de los profesionales de la salud pública en el Ministerio de Salud, estas trabajadoras de extensión no parecían estar bien calificadas. Sus actividades se coordinaban con las clínicas de forma deficiente y sólo representaban una pequeña proporción de las aceptantes del programa.³ En 1969, el ministerio retiró el apoyo financiero al programa de visitantes de fomento y éste fue suspendido. La JFPA hizo también un acuerdo con la NFPB de que no aumentaría el número de clínicas más allá de las dos que había venido operando.

Varias agencias extranjeras colaboraron a las actividades de la NFPB y la JFPA y ayudaron también a la University of West Indies con investigación sobre población. La Usaid proporcionó anticonceptivos, equipo y varios servicios de consultoría. La Fundación Ford aportó asistencia en consultoría para mantenimiento y evaluación de registros y donaciones para capacitación e investigación. El Consejo de Población proporcionó DIU y apoyo para los programas de posparto. En adición el Pathfinder Fund, la Federación Internacional de Planificación de la Familia, la Fundación Rockefeller, la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Servicio Mundial de Iglesias participaron también. Sin embargo, en forma considerable, la mayor fuente de fondos extranjeros fue particularmente inusual y no se trató de una donación. Fue un préstamo de US\$2 millones del Banco Mundial al gobierno de Jamaica.

3 Los datos de aceptación mostraron que sólo el 16% de las nuevas aceptantes en 1969 y sólo el 4% en 1970, identificaron a las promotoras visitadoras como fuente de referencia (Rosen, 1973), pero estas bajas cifras pueden haber reflejado la interrupción del programa de promotoras visitadoras.

El Banco Mundial y la población

La Junta de Directores Ejecutivos del Banco Mundial aprobó el préstamo el 16 de junio de 1970, el cual fue el primer proyecto de población del Banco. Su contenido fue dictado en gran parte por un intento de retener las prácticas normales de préstamos del Banco Mundial en un sector que difería en forma tajante de otras líneas de préstamo. Para entender esto, es necesario saber algo de la historia del Banco, sus procedimientos y fundamentos, y también por qué decidió el Banco entrar en una esfera de actividad para la que parecería estar mal adecuado. De hecho, el proyecto aprobado fue algo que habría sido casi inimaginable unos 30 meses antes.

En ese tiempo, diciembre de 1967, la sorprendente nominación que hizo el presidente Lyndon Johnson de su secretario de defensa, Robert McNamara, para la presidencia del Banco Mundial había sido recién aprobada por la Junta de Ejecutivos del Banco. (Por tradición, el presidente del Banco Mundial es nominado por Estados Unidos y el director administrativo del Fondo Monetario Internacional ha sido europeo.) McNamara saldría del Pentágono en febrero e iría al Banco Mundial en abril. El Banco era una entidad bien conocida de los especialistas en desarrollo económico, ministros de finanzas y gobernadores de bancos centrales, quienes eran sus gobernadores *ex officio*, se reunían anualmente en las reuniones conjuntas que sostenía el Banco con el más famoso públicamente, el Fondo Monetario Internacional. Sin embargo, muy pocos otros, especialmente en Europa y Norteamérica, habrían tenido alguna concepción de la naturaleza de la organización que iba a dirigir un hombre con uno de los nombres más conocidos del planeta.

El Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial fueron creados en julio de 1944 en Bretton Woods, New Hampshire, por una conferencia internacional cuyo propósito fue diseñar las reglas e instituciones necesarias para asegurar que la economía internacional de la posguerra funcionara con mucho mayor éxito que la de preguerra. Era obvio que la necesidad de fondos de inversión tanto para la reconstrucción de las economías devastadas por la guerra como para el desarrollo a más largo plazo sería enorme y que los gobiernos con más urgente necesidad de prestar externamente no tendrían la solvencia para hacerlo, al menos en términos razonables. El papel del Banco Mundial –formalmente Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF)– fue prestar en los mercados de capital con la garantía de sus accionistas, de los cuales en forma considerable el mayor era (y es) Estados Unidos, y volver a prestar las ganancias a países que los mercados de capital no percibían como solventes. El escrutinio cerrado por parte del Banco de las perspectivas económicas de sus clientes y el uso eventual de sus préstamos aseguraba que su dinero contribuiría a la reconstrucción o al desarrollo a largo plazo de la economía de sus clientes y

que por tanto ellos podrían pagar los intereses de los préstamos. Los préstamos se harían normalmente a entidades del sector público y como mínimo requerían una garantía del gobierno. (En 1956, el Banco creó una subsidiaria, la Corporación Financiera Internacional, que podía prestar al sector privado sin garantía del gobierno.)

El Banco inició operaciones en 1946, las primeras cuatro de las cuales fueron préstamos programáticos para la reconstrucción en Europa, y los empréstitos continuaron en los años cincuenta. Posteriormente se considerarían como una desviación del propósito real del Banco que, como lo especifican sus *Articles of Agreement* (Artículos de Acuerdo) era el de financiar el contenido de divisas de los proyectos de inversión, financiando el costo local sólo “en circunstancias excepcionales”. Pronto el Banco empezó a efectuar solamente préstamos para proyectos específicos a países en desarrollo, principalmente para infraestructura y empresas de servicios públicos y, en menor grado, para la industria y la agricultura. Una vez finalizado un proyecto de inversión, se cerraba el préstamo y el país debía proveer por sí mismo los fondos para operarlo (a no ser que generara fondos propios suficientes); por consiguiente, el Banco no financiaba costos operativos. El Banco desarrolló su pericia a su interior y también una red de consultores que podía ayudar a los gobiernos a analizar las compensaciones que implicaba la elección de prioridades de gasto y la selección y diseño de proyectos individuales. Su capacidad de incluir una perspectiva comparativa en su trabajo analítico fue una de sus características de mayor utilidad, pero el Banco sólo podía retener una masa crítica de expertos especializados concentrándolos en su sede principal en Washington, pagando salarios bastante generosos y requiriendo una gran cantidad de viajes internacionales. En ese tiempo cada proyecto se revisaba en varios niveles dentro del Banco antes de que el país prestatario fuera invitado a Washington a negociar el acuerdo final del préstamo, que discutía entonces la Junta de Directores Ejecutivos antes de su aprobación final. Todo esto significaba que los costos asociados con cada proyecto eran inevitablemente altos. El Banco tenía que cubrir todos sus costos con un modesto margen entre sus tasas de colocación y captación de préstamos: hasta 1964, los préstamos se hacían a una tasa de 1,25% sobre el costo de captación para el BIRE, pagaderos en 15 a 25 años con un período de gracia de tres a cinco años. Con los métodos posteriores de determinar la tasa de colocación de préstamos se redujo este margen. Esto significaba que había un monto mínimo para los préstamos que el Banco podía considerar. El monto de US\$2 millones para el proyecto de población de Jamaica se acercaba a lo que en ese tiempo se consideraba la mínima cantidad razonable para un préstamo.

El Banco tenía también otra razón para fijar un monto mínimo de préstamo, el cual era el deseo del Banco de lo que se denominaba en las discusiones del personal como “apalancamiento”, término que probablemente se consideraría como políticamente incorrecto en nuestros días y el autor del capítulo se sintió moderadamente

conmocionado por él cuando fue a trabajar al Banco en 1969, pero su uso no era de ninguna manera a *sotto voce* (ver Mason y Asher, 1973, pp. 420-56 para una discusión de las implicaciones). El Banco veía sus recomendaciones de políticas en sus análisis sectoriales como algo más que asesoría que un prestatario eventual pudiera tomar o dejar: las recomendaciones a menudo se convertían en condiciones que debían cumplirse antes de que terminara una etapa particular del proceso del préstamo. Podía haber condiciones que debían cumplirse antes de que un prestatario fuese invitado a negociar el proyecto, condiciones para que un proyecto negociado se presentara a la junta del Banco para su aprobación (y hasta recientemente casi todo proyecto se presentaba formalmente en una región de la junta), condiciones antes de que un préstamo firmado se hiciera efectivo y empezaran los desembolsos, y condiciones posteriores antes de que tuvieran lugar los desembolsos sobre componentes particulares. Los acuerdos formales de préstamos se complementaban a menudo con cartas marginales (*side letters*) describiendo las expectativas acordadas sobre asuntos como la reorganización de instituciones clave y el acuerdo del gobierno para proporcionar los fondos requeridos en costos locales. Las condiciones adjuntas a los préstamos significaban que la supervisión de un préstamo acordado era mucho más que un seguimiento de progreso: implicaba a menudo la renegociación periódica de aspectos del acuerdo de préstamo que más tarde parecían imposibles de realizar o ser causantes de retrasos irrazonables en la obtención de los beneficios del proyecto. El Banco consideraba que era esencial un tamaño mínimo de proyecto para poder imponer sus condiciones –que pretendían ir en interés del cliente, pero que con mucha frecuencia requerían acciones políticamente difíciles– al prestatario.⁴

La necesidad del Banco de estar satisfecho con que las perspectivas económicas futuras hicieran que sus préstamos fueran reembolsables lo obligaba a desarrollar una capacidad de analizar tales perspectivas con considerable detalle y determinar cómo podían afectarlo las políticas alternativas. Los informes de país se discutían usualmente con funcionarios superiores del gobierno y muchos indudablemente encontraban útiles estas discusiones. Hasta que la modalidad de préstamos por programa regresó alrededor de 1980, inicialmente como una medida para tratar la crisis de deuda internacional, los préstamos del Banco no incluían normalmente condiciones de política general, pero el tamaño de su programa de préstamos podría verse influido por sus

4 La justificación para ejercer apalancamiento no fue tanto que la sabiduría del personal del Banco Mundial fuera mayor que la de los ministros o funcionarios oficiales, sino que en circunstancias en las que algunos ministerios (usualmente sectoriales) eran reacios a tomar una medida necesaria pero políticamente impopular favorecida por otros ministerios (típicamente el de finanzas), las condiciones del Banco podrían aumentar la presión para hacer lo correcto.

consideraciones sobre estrategia económica y administración. La posibilidad de que éste considerara la política de población de un país para decidir sobre el tamaño del programa de préstamos fue un tema activo al entrar el Banco en este campo.

Éste mantenía un grupo de economistas organizativamente aparte de su personal operativo que prestaba apoyo a las misiones operativas, pero dado que el Banco tenía una enorme necesidad de conocimiento sobre desarrollo económico, el grupo realizaba también investigación, si bien no existió ningún programa sistemático de investigación hasta principios de los años setenta. Es interesante que, mientras la mayoría de las actividades de investigación del Banco se refería a tópicos estrechamente relacionados con su préstamo o análisis del país, y mientras la política de población no empezó a interesarle al Banco (oficialmente) hasta 1968, el Banco proporcionó gran parte de los fondos y algo de asistencia en investigación para un estudio seminal de las perspectivas de población en India a mediados de los años cincuenta (Coale y Hoover, 1958).

Para finales de los años cincuenta, la capacidad de los países más pobres, especialmente en Asia suroriental, para atender servicio de deuda adicional en los términos regulares del Banco Mundial era muy limitada. En 1960, se organizó la International Development Association (IDA, Asociación para el Desarrollo Internacional), que se proveía cada tres años de subvenciones de los países miembros más ricos del Banco, para hacer préstamos en condiciones más suaves con sólo un 0,75% de cargos por servicios, reembolsables originalmente en 50 años con un período de gracia de 10 años. (Posteriormente se acortó el período del préstamo, variando según el nivel de ingresos del país). La afiliación al BIRF y a la IDA es casi idéntica y no se hace distinción entre el personal de cada entidad; sólo los términos del préstamo diferencian los proyectos del BIRF y la IDA.⁵ El descuento en el tiempo aplicado al flujo de beneficios económicos de un proyecto, calculado usualmente utilizando precios de mercado o internacionales, es el mismo para ambos tipos de proyectos. Los recursos de la IDA han sido siempre muy restringidos y por eso sólo están disponibles para los países miembros del Banco relativamente pobres.

La condición económica de un país, y no la naturaleza del proyecto, es lo que determina su elegibilidad para recibir préstamos de IDA, y Jamaica nunca ha sido elegible para préstamos de IDA. En el momento del préstamo a Jamaica para población ésta tenía uno de los ingresos per cápita más altos de América Latina y el Caribe y nunca hubo alguna posibilidad de que pudiese efectuarse el préstamo sobre ninguna otra base que los términos normales del Banco. Esta limitación de las actividades de

5 Formalmente, las dos son entidades legales separadas, ambas parte del Grupo del Banco Mundial. A menos que se especifique de otra forma, o que sea obvio por el contexto, el término Banco Mundial se refiere usualmente al Grupo del Banco Mundial y no al BIRF.

préstamo fue generalmente mal interpretada por fuera del Banco y la crítica inmerecida fue eventualmente eliminada en el Banco, en especial por parte de Ray Ravenholt, el jefe del programa de población de la Usaid, con respecto a los términos bajo los cuales el Banco efectuó algunos de sus préstamos para población.

A principios de la década de 1960, la agricultura se expandió en forma significativa como área para préstamos. En 1962, el Banco efectuó su primer préstamo para un proyecto educativo, lo que constituyó su primera actividad en un sector social, pero el fuerte reconocimiento de que un aumento en el capital humano era una necesidad vital para el rápido desarrollo económico significaba que esto no constituía una desviación de las políticas anteriores de préstamos de lo que podría parecer en un principio: la justificación para los préstamos educativos señalaba con frecuencia necesidades identificables de una fuerza laboral capacitada. El programa de préstamos educativos se concentró en la educación y capacitación vocacional y técnica y en la educación secundaria general. Los componentes reales del proyecto incluían normalmente edificaciones, para lo cual el Banco tenía procedimientos operativos bien establecidos.

La decisión del Banco de financiar la planificación familiar sólo se produjo por la convicción de McNamara sobre la seriedad de los problemas mundiales poblacionales, la cual transmitió al Banco. En sus primeros 42 meses con el Banco Mundial, McNamara pronunció ocho discursos principales, cuatro de los cuales los dirigió a las reuniones anuales de la Junta de Gobernadores, uno en Buenos Aires a la Asociación Interamericana de Prensa, uno al New York Bond Club y dos en entornos académicos (McNamara, 1981). En su primer discurso como presidente, anunció que el banco efectuaría préstamos para planeación de población. Con excepción de su discurso al Bond Club, incluyó los temas de población como parte importante de todos esos discursos y de hecho este fue el único tema de su discurso en Notre Dame University en mayo de 1969. El discurso al Bond Club tuvo el propósito de asegurar a los acreedores del Banco que al enfatizar que el Banco era una agencia de desarrollo tanto como entidad financiera y para duplicar el volumen de sus préstamos, no estaba haciendo nada que redujese su solvencia. Aunque no se centró en la población, McNamara anotó que “los préstamos en el campo de la planificación familiar tienen quizás el rendimiento económico más alto de todos” (McNamara, 1981, p. 64). Para 1971, aun los funcionarios del Banco más comprensivos sobre el mensaje estaban seriamente preocupados de que en asuntos de población, McNamara estaba empezando a sonar como un disco de gramófono roto.

Muchas otras personas, tanto de fuera como de adentro del Banco, compartían la profunda preocupación de McNamara sobre el crecimiento de la población. De hecho, había consenso sobre la cuestión en lo que podría denominarse la “comuni-

dad liberal de desarrollo”, de la cual McNamara pronto vendría a ser el miembro más destacado públicamente. Especular cuál de las muchas fuentes posibles tuvo la mayor influencia en McNamara es tanto inútil como impertinente, pero claramente fueron externas al Banco. Uno de los gurús externos fue Barbara Ward, quien había sido allegada a los Kennedy, y otro fue Hollis Chenery, de Harvard, a quien McNamara llevó al Banco en 1970 para formar un grupo de personal de políticas internas en el que él pudiera confiar. McNamara también leía extensamente e interactuaba con la Fundación Ford, que había llegado a ser activa en el campo de la población. Hubo otros cuyos instintos no eran necesariamente liberales: partes de la comunidad de defensa de Estados Unidos se preocupaban sobre los efectos del hambre y de los desempleados en la estabilidad de los gobiernos y potencialmente en la paz mundial, que podrían perjudicar la seguridad y prosperidad de Estados Unidos. El mismo McNamara había vinculado las preocupaciones sobre seguridad con el desarrollo en un discurso en Montreal en mayo de 1966, así: “En una sociedad modernizante, la seguridad significa desarrollo... Sin desarrollo no puede haber seguridad. Una nación en desarrollo que de hecho no se desarrolle, simplemente no puede permanecer segura” (Shapley, 1993, p. 381).

En su historia del Banco Mundial, Kapur, Lewis y Webb (1997) ven la preocupación de McNamara por la población en el contexto de la creciente preocupación del Banco sobre la reducción de la pobreza como un objetivo de desarrollo explícito, separado del crecimiento económico general y no necesariamente complementario en forma total a él. Ellos describen los años de 1959 y 1960 bajo el encabezamiento “Llegando a los pobres”, y a los primeros años de la presidencia de McNamara como “La pobreza se mueve hacia arriba”. En su análisis, la preocupación de McNamara sobre la población fue su primer enfoque en su interés por la pobreza y la desigualdad, originándose al menos en parte en el interés creciente en estos temas en Estados Unidos. Una vez el Banco empezó a enfocarse en los pequeños agricultores y a dirigir el ataque a la pobreza, Kapur, Lewis y Webb (1997) sugieren que el énfasis en el control de la población cayó rápidamente después de 1970. Aunque esto pueda ser cierto en general para el Banco como institución, no lo fue para McNamara y él hizo del control de la población el centro de su siguiente discurso importante en un entorno académico –su discurso al Instituto de Tecnología de Massachussets en abril de 1977– y sus discursos sobre población no empezaban con referencias a la pobreza sino a la aceleración de la tasa de aumento de la población mundial.

McNamara era, por supuesto, lo último en el tipo de hombre del estilo “puede hacerse”: si existía un problema, tenía que encontrarse una solución. Si se trataba de un problema de desarrollo y el Banco Mundial era una agencia de desarrollo, entonces el Banco tenía que ayudar a conseguir la solución. Una de las cosas que hacía era incluir un análisis del tema en los informes económicos para mostrar cómo impedía

el crecimiento de la población el logro de otros objetivos e incitar a los gobiernos a adoptar políticas para controlar ese crecimiento. Esto condujo a la sospecha de que el Banco podría hacer que la política de población formase parte de la evaluación de la solvencia de un país e incluso una condición para la aprobación del préstamo. El Banco se encontró a sí mismo negando continuamente la existencia de dicha vinculación. No es claro dónde se originó la idea, aunque una vez se le dijo a este autor que podría haber venido de un comentario casual que hizo McNamara en una reunión con el personal superior. En cualquier caso, en las reuniones anuales de 1969, un grupo de países latinoamericanos y Filipinas se unieron en una declaración que expresaba que ellos entendían que el Banco no estaba condicionando los préstamos a programas específicos de planificación familiar, pues dicha vinculación sería inaceptable. La declaración fue leída nuevamente en la reunión de la junta que aprobó el primer proyecto de población. Sin embargo, los rumores nunca se disiparon y a mediados de los años setenta, un periodista, buscando qué hacer, le preguntó a este autor si dicha vinculación era una política del Banco Mundial.

Desde luego, el Banco podía también apoyar políticas de reducción de la fecundidad directamente prestando para programas de planificación familiar. Surge entonces la pregunta: ¿por qué, si el Presidente se preocupaba por subrayar los aspectos globales y de desarrollo del problema y los mayores contribuyentes al crecimiento global de la población estaban en Asia meridional e Indonesia, el primer país al que el Banco le hizo un préstamo fue a una pequeña isla caribeña? Se podría haber esperado que la respuesta fuese “este es un tema nuevo y estamos actuando con cautela: mojémonos los pies en un país pequeño con un programa establecido y aprendamos cómo se hace”. Alternativamente, el Banco pudo haber sondeado la opinión de varios prestatarios potenciales y Jamaica fue el único en responder en forma positiva. Pero no fue así.

El proyecto de población de Jamaica

En mayo de 1968 una misión económica de país del Banco Mundial visitó Jamaica. Con la excepción de un especialista agrícola de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, con la que el Banco tenía un programa cooperativo, sus seis miembros pertenecían al personal del Banco. A pesar de la ausencia de un especialista en asuntos de población, el informe de la misión, recogiendo sin duda el evidente interés del nuevo presidente del Banco, le dedicó aproximadamente un espacio equivalente al control de la población y a cada uno de los sectores productivos, agricultura, minería y turismo, y considerablemente mayor que a la industria. Los miembros de la misión parecen haber sido los primeros en sugerir la posibilidad de un proyecto de planificación familiar.

El 30 de septiembre McNamara inauguró sus primeras reuniones anuales con un discurso que incluyó la declaración de que el Banco buscaba oportunidades de financiar instalaciones requeridas para la planificación familiar. Esta oportunidad se presentó inmediatamente con Edward Seaga, el ministro de finanzas de Jamaica, quien asistió a la reunión, y con otros funcionarios de su ministerio. En noviembre, el Ministerio de Finanzas solicitó formalmente un experto para ayudar a preparar un proyecto. Se ha criticado a menudo a miembros del personal del Banco por intentar persuadir a gobiernos reacios a obtener préstamos para proyectos, tanto para progresar en sus propias carreras como, en forma más altruista, para que el Banco se mantenga en el negocio, de modo que se debe subrayar que el ministerio estuvo totalmente comprometido con su deseo de un proyecto de población del Banco.

El Banco consideró que debía revisar primero el programa con algún detalle y acordar un plan de acción al menos a tres años vista. Se efectuaron indagaciones referentes a los expertos apropiados con el Consejo de Población y otras entidades y, eventualmente, Sam Keeny, quien tenía extensa experiencia como asesor en Taiwán, China, dirigió la misión, en la que participó el doctor K. Kanagaratnam, quien estaba a cargo del extremadamente exitoso programa de planificación familiar de Singapur. La Organización Panamericana de la Salud aportó un consultor y en la misión se incluyó a dos miembros del personal del Banco. El gobierno estuvo complacido de aceptar dicha misión, pero solicitó (en forma verbal) mínima publicidad, con lo que estuvo de acuerdo el Banco ya que, aunque su presidente lo había comprometido muy públicamente a efectuar préstamos para planificación familiar, ninguno de los miembros del personal tenía idea de lo que podría ser un proyecto de ese tipo.

Una cuestión importante que debía considerar el Banco antes de que tuviera lugar cualquier discusión sobre un posible proyecto era la de para qué podría efectuar el Banco el préstamo. Éste se fundó para financiar el componente de divisas de los proyectos de inversiones de capital, incluyendo, cuando fuere necesario, la remuneración de expertos extranjeros. Los gastos públicos principales de un proyecto de planificación familiar son los sueldos, salarios y suministros de anticonceptivos. Aunque la emigración de doctores y enfermeras era un problema continuo en Jamaica, nunca hubo sugerencia de que el programa mismo necesitara personal médico extranjero y los anticonceptivos se suministraban, o al menos se subsidiaban, mediante donaciones externas. Además, el presupuesto del programa era modesto comparado con la magnitud normal de cualquier préstamo: los estimados indicaban que durante el año fiscal de 1968 (abril de 1968 a marzo de 1969) la NFPB gastaría no más de US\$360.000, aunque su presupuesto era de US\$480.000.⁶

6 Para efectos comparativos, el presupuesto de la JFPA fue de US\$177.000.

El Comité de Créditos del Banco Mundial discutió a fondo la cuestión en diciembre de 1968. El comité era la máxima autoridad en cuanto a préstamos y políticas de préstamos después del presidente, y debía autorizar todos los préstamos antes de someterlos a la junta. El jefe del comité era el vicepresidente a cargo de toda la función operativa del Banco, incluidas sus actividades de préstamos y el trabajo económico para cada país, y los miembros del comité eran, en su mayoría, responsables de sus programas en las distintas regiones del mundo. El departamento de cada área (a partir de 1972 una vicepresidencia regional) presentaba un proyecto a la junta (y previamente al Comité de Créditos) apoyado por los miembros pertinentes del personal del proyecto. En el caso del proyecto de Jamaica, esto significaba que su protagonista era el departamento del Hemisferio Occidental, que argumentaba que debían dispensarse las limitaciones normales sobre los préstamos para los costos locales u operativos en el caso de los proyectos de planificación familiar. Si el Banco se limitaba a financiar sólo los costos de capital de instalaciones, vehículos y personal expatriado, aun financiando el 100% del proyecto propuesto se llegaría sólo a US\$300.000 en tres años. Con un aporte tan pequeño, el Banco tendría poco apalancamiento. El departamento argumentó también que los costos operativos en los primeros años de un programa podrían tratarse como inversión en vista de su contribución duradera al programa y señaló precedentes en proyectos de mantenimiento de vías. Sin embargo, los miembros del Comité de Créditos consideraban que financiar costos operativos locales podría perjudicar la imagen del Banco y su posición en la comunidad financiera. Se argumentó, además, que la limitada elegibilidad para la financiación del Banco no debía impedir la asistencia de éste en caso de ser necesaria y que las partes no elegibles podrían obtener fuentes alternativas de financiación, como donaciones. Se acordó dejar la cuestión abierta hasta el informe de la misión de revisión, a la que se le solicitaría no discutir el posible alcance de financiación del Banco con las autoridades jamaicanas.

La misión de revisión viajó a Jamaica a finales de enero y su informe preliminar quedó listo para ser enviado al gobierno de Jamaica en marzo. Elogiaba el compromiso del gobierno y consideraba que el clima para la aceptación de la planificación familiar era favorable. Sin embargo, criticó la falta de enfoque en la contratación y el seguimiento de mujeres individuales, anotando que el programa “se centraba en la clínica y no en las personas” y recomendó que debían transferirse las responsabilidades del programa de campo, de la NFPB a un departamento de planificación familiar en el Ministerio de Salud, que supervisaría las promotoras visitadoras, aumentaría gradualmente su número y mejoraría su capacitación. La NFPB realizaría las actividades educativas y de medios encaminadas a ampliar el conocimiento público del programa y su apoyo a él, diseñar programas de capacitación y ofrecer asesoría técnica al departamento de planificación familiar propuesto. La NFPB evaluaría tam-

bién el progreso del programa con respecto a los objetivos locales que fijaría, haría el seguimiento de las estadísticas del servicio oportunamente para diagnosticar problemas emergentes e identificaría cómo atenderlos y realizaría encuestas periódicas por muestreo. En adición a estas recomendaciones mayores, el informe hizo un gran número de recomendaciones individuales, especialmente en anexos dedicados a la evaluación y la capacitación.

El informe hizo también varias sugerencias concernientes a las instalaciones físicas. Propuso una extensión al VJH, que se encontraba tan atestado de gente que el 50% de las madres salía menos de 24 horas después del parto y muchas tenían que compartir camas. La aceptación posparto de la planificación familiar fue en consecuencia de sólo 5% a 6% de estas madres comparado con el 30% a 50% en otros programas. Se estimó el costo de la extensión propuesta en unos US\$300.000. La gran demanda aparentemente no satisfecha de partos hospitalarios llevó a los autores del informe a sugerir mejoras en otras instalaciones de maternidad, incluyendo el establecimiento de pequeños hogares de maternidad en zonas rurales remotas, con un costo total estimado de US\$400.000. Con base en la experiencia de préstamos educativos, en el informe se estimó que el componente extranjero de este programa de US\$700.000 sería de alrededor del 30%. También se sugirió en el informe la posibilidad de una nueva escuela de capacitación para enfermeras con un costo estimado por el gobierno de US\$2 millones.

La pelota pasó así de regreso al Comité de Créditos. En su presentación a la reunión de ese comité en marzo, el Departamento del Hemisferio Occidental argumentó que era más probable que el gobierno siguiera satisfactoriamente las recomendaciones del informe si permanecía la participación del Banco. Para lograr un apalancamiento adecuado, el Banco debía estar dispuesto a financiar un porcentaje del costo de las instalaciones mayor al usual, quizás el 90%. El jefe del Comité de Créditos aprobó esta propuesta con respecto a instalaciones relacionadas con la salud materna e infantil. Otros argumentaron que, mirando más allá de Jamaica, muchos países pobres con necesidad de programas de planificación familiar no tenían los recursos para financiar sus costos operativos locales y, por eso, si el Banco iba a prestar para proyectos de planificación familiar, causaría menos distorsión el financiar estos costos que andar en busca de instalaciones. Argumentaban también que todos los gastos de planificación familiar podían definirse como inversiones realizadas para producir un producto final –un nacimiento impedido– en lugar de como costos operativos con respecto a ese producto. El jefe mencionó la posibilidad de utilizar financiación de donaciones provenientes de los beneficios del Banco para cubrir los gastos corrientes

de los programas de planificación familiar.⁷ El jefe decidió que era necesaria la orientación del presidente.

Puesto que había sido McNamara el causante de que el Comité de Créditos se enfrentara a este asunto, como sus miembros estaban claramente divididos, y como él estaba personalmente interesado en los temas de población, era una cuestión obvia remitirle a él la cuestión. En las minutas del Comité de Créditos se anotó que en las reuniones con el jefe, el presidente había dicho que estaba preparado para apoyar un préstamo de US\$500.000 para instalaciones de salud asociadas con el proyecto de planificación familiar de Jamaica, cuyo costo total se había estimado en US\$700.000. En las minutas se decía: “Él expresó dudas sobre lo deseable en general de utilizar préstamos del Banco para financiar gastos recurrentes en programas de planificación familiar, y en cualquier caso consideraba que en lo que a Jamaica se refería, no habría justificación para este enfoque”. Posteriormente, el jefe y el presidente volvieron a tratar el asunto. En términos claros, la cuestión era de costos de capital contra costos operativos y no costos en divisas contra costos locales. En agosto el jefe informó al departamento del área que el presidente estaba preparado para financiar el 70% de un proyecto adecuado, aun si los costos extranjeros eran una proporción más pequeña, sin necesidad de dar buenas razones especiales para financiar costos locales.

Esta fue probablemente la decisión más crítica en la historia inicial de la participación del Banco Mundial en programas de población. Algunos años después, cuando el Banco empezó a tener un interés central en la reducción de la pobreza, se relajaría esta limitación, pero no en forma tan completa que pudiese darse por descontada: debía presentarse una justificación. Se puede especular fácilmente sobre las influencias competidoras en la decisión del presidente. Se produjo sólo un poco más de un mes después de que debía pronunciar dos discursos importantes: el primero, en la Universidad de Notre Dame, que se enfocó totalmente en la población, y el segundo en el New York Bond Club, diseñado para asegurar a la comunidad financiera que su nuevo préstamo propuesto no perjudicaría la solvencia del Banco. Sin embargo, debe subrayarse también que el jefe del Comité de Créditos –un hombre cuya experiencia, juicio y cualidades personales probablemente lo hacían el miembro más respetado

7 En ese tiempo, los beneficios del Banco Mundial eran extremadamente altos y el Banco no tenía políticas claras sobre qué hacer con ellos. En años posteriores, el banco decidió dedicar una parte a aumentar el tamaño de la IDA, sus fondos para préstamos blandos. En algunos años posteriores, durante un período de tasas de interés altas en la mayor parte de los países en los que el Banco tomaba en préstamo, su rentabilidad lo habilitó para fijar tasas de interés por debajo de su costo marginal de endeudamiento. Eventualmente, los mayores accionistas del Banco decidieron que debía volver a la práctica de relacionar las tasas de interés mecánicamente con el costo del endeudamiento.

del personal del Banco— aunque sin duda presentando ambos lados del asunto al presidente, casi con certeza favorecía este resultado.

En la reunión del Comité de Créditos se efectuó también la primera de muchas discusiones sobre la metodología de evaluación y justificación cuantitativa de proyectos. (El informe incluyó un cálculo breve, casi al margen, de la razón beneficio-costos de impedir un nacimiento). En este momento de la historia del Banco, éste no financiaba servicios de salud directamente, de modo que (formalmente) se ignoraba cualquier contribución que un proyecto hiciera a la salud o bienestar de los beneficiarios. Unos cinco años después el Banco trató específicamente el asunto de préstamos directos para la salud en un documento discutido por la junta y publicado posteriormente (Banco Mundial, 1975). En él se anotaba que un número creciente de proyectos asistidos por el Banco contenía aspectos de salud, en especial los de suministro de agua potable e higiene y los de planificación familiar, incluyendo componentes específicos de salud de los proyectos orientados a la pobreza tanto en zonas rurales como urbanas. En el documento se recomendaba que se analizaran los impactos en la salud en forma más explícita y que, dentro del patrón existente de préstamos, el diseño de los proyectos debía incluir progresivamente intervenciones para el mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones de bajos ingresos. Aunque no descartaba la eventualidad de préstamos directos para proyectos de salud, que de hecho se iniciaron en 1979, argumentaba en contra de la introducción de dichos proyectos en ese tiempo.

En abril de 1968, al llegar McNamara al Banco, sólo había un miembro del personal que podía considerarse como especialista en población. George C. Zaidan recién había llegado a la División de Estudios Especiales del Departamento de Economía y acababa de escribir una tesis doctoral en Harvard sobre el análisis costo-beneficio de la planificación familiar, con referencia especial a Egipto. Una reorganización menor del departamento ocasionó la creación de una División de Estudios de Población, encabezada por E. K. Hawkins, siendo sus fundadores Hawkins y Zaidan, la que sirvió como primer punto focal para todas las actividades de población, ya fuera representando al Banco en reuniones internacionales o manejando los primeros movimientos encaminados hacia los préstamos, pero el trabajo técnico sobre éstos se efectuaba en ese tiempo en departamentos de proyectos especializados, los que organizativamente eran bastante distintos de los departamentos del país, que eran los responsables de realizar los acuerdos sobre programas de préstamos propuestos con los gobiernos.⁸

8 Esto fue para asegurar que la calidad técnica de los proyectos no se viera comprometida por consideraciones que surgieran de otros aspectos de las relaciones entre el Banco Mundial y el país. En una organización que se vanagloria del análisis sistemático y cuidadoso de elecciones alternativas entre objetivos en conflicto, las disputas ocasionales entre los departamentos de

Una decisión de efectuar préstamos para planificación familiar implicaba que el Banco necesitaría un departamento de proyectos de población. Durante su participación en la misión de revisión en Jamaica, se invitó formalmente a Kanagaratnam a que encabezara dicho departamento y éste aceptó.

La elección de un médico, con antecedentes en planificación familiar orientada a la salud materno-infantil, en combinación con la decisión sobre para qué podía prestar el Banco, influyó de manera clara en la dirección que tomarían las actividades de préstamos del Banco y las políticas que recomendaba, en un tiempo en que los especialistas en planificación familiar discrepaban sobre los méritos de los programas verticales de planificación familiar contra la integración a los servicios de salud. A Kanagaratnam no le fue posible salir de Singapur durante varios meses y por eso dependía mucho de personal prestado del Banco, en especial de la División de Estudios de Población. Zaidan dejó la División de Estudios de Población para convertirse en el jefe de división del nuevo departamento.

El departamento de área envió el informe de la misión de revisión al ministro de finanzas a finales de abril. En la carta adjunta resumía la concepción del Banco de un proyecto pequeño y decía, además, que no podía darse consideración adicional a la escuela de capacitación de enfermería hasta que se realizara un estudio de factibilidad. Si éste sugería que se justificaba la escuela de capacitación, podría incluirse en el proyecto educativo que se encontraba entonces en preparación. Unas pocas semanas después, como parte de sus discusiones periódicas del programa de préstamos con el gobierno, los representantes del departamento del área discutieron las propuestas con los ministros de finanzas y salud, quienes reaccionaron en forma positiva a la sugerencia de un proyecto de planificación familiar, aunque pusieron en duda la propuesta para expandir el número de centros de salud. El ministro de salud estuvo muy en desacuerdo con la propuesta de transferir las operaciones de campo de la NFPB al Ministerio de Salud con base en que la NFPB se había establecido hacía muy poco tiempo, que estaba proponiendo pasos para mejorar la calidad de su administración y que su propio ministerio era débil y no contaba con la capacidad de atender nuevas responsabilidades. Estas eran cuestiones técnicas ajenas a la competencia del departamento del área y se acordó que Kanagaratnam, quien aún no ocupaba formalmente su nuevo cargo, visitara Jamaica para discutirlos.

proyectos y de países eran tanto inevitables como deseables. El problema estuvo en que el arreglo significaba que nadie por debajo del presidente del Comité de Préstamos tenía poder para resolver tales disputas. Mediante una reorganización en 1972 se colocó a los principales departamentos de proyectos bajo la jurisdicción de cinco vicepresidentes regionales.

Estas discusiones tuvieron lugar en julio, y el Banco aceptó que la NFPB mantuviera sus responsabilidades de campo, pero subrayó que debía fortalecerse, reorganizarse y adoptar una base estatutaria. Eventualmente, esto se convirtió en una condición para la efectividad (desembolso) del préstamo. Un arquitecto del Banco acompañó a Kanagaratnam. Se cambió la localización de la extensión al VHJ y se aumentó en forma considerable de 100 a 160 camas, duplicando efectivamente su capacidad y aumentando los costos estimados más que proporcionalmente. La nueva extensión incluiría una escuela de partería. Junto con la sugerencia de 10 centros de maternidad rurales y algunas mejoras y expansión de los servicios de salud, se estimaron ahora los costos del proyecto en US\$2 millones. Este fue el centro de la propuesta para que el Banco enviara una misión evaluadora en diciembre.

Durante la evaluación se agregó un componente de *software* con el fin de complementar lo que hasta entonces había sido sólo un proyecto de tienda de *hardware* (*bricks-and-mortar*). Los componentes del proyecto que aportaban a los prestatarios servicios de consultoría extranjera eran comunes en los proyectos del Banco y su existencia le daría a éste una defensa contra una crítica que salió a relucir más adelante durante el proceso de aprobación de la junta sobre que éste era simplemente un proyecto para un hospital. Habría un estudio para determinar si alguna readecuación de las funciones profesionales de los doctores, enfermeras y parteras sería efectiva en costos y solucionaba la escasez de personal. Se sugirió un asesor de capacitación para la NFPB a corto plazo y también un estudio sobre el uso óptimo del personal de planificación familiar y las instalaciones en Kingston. El equipo evaluador del Banco desarrolló estas recomendaciones, seguidas de una rápida visita a Jamaica en marzo. Se hizo un intento de financiarlas con donaciones de otras agencias, como la Usaid, pero no tuvo éxito y siguieron formando parte del proyecto.

Significativamente, en el proyecto no se propuso asistencia extranjera residente a largo plazo; los jamaíquinos continuarían llevando la voz cantante. Se produjo controversia sobre un requisito de que el Banco aprobara el nombramiento del director de la recién reestructurada NFPB, pero se mantuvo en el acuerdo del préstamo. Estrechamente relacionado con esto estuvo otro componente de *software*, que era una revisión externa anual. En la reunión de la junta para aprobar el proyecto, por lo menos uno de los directores ejecutivos opinaba que se debió haber dejado al gobierno de Jamaica el seguimiento, ya que algunos de los tópicos sobre los cuales se enfocaría la revisión, según se describió en el informe evaluativo, requería la recopilación de lo que el director ejecutivo llamaba “estadísticas de dormitorio”, una invasión de la intimidad que era aún peor si la realizaba una agencia extranjera.

Entre la evaluación y la reunión de la junta, surgieron preguntas detalladas referentes a la preparación del proyecto, pero la principal preocupación de Washington

era cómo justificar el proyecto ante la junta. El autor de este artículo preparó un análisis detallado de los beneficios de impedir un nacimiento, que fue ampliamente discutido en el Banco (se publicó una versión preliminar como King, 1970). Por primera vez en dichos análisis se hacía distinción entre beneficios sociales y beneficios para la familia pertinente. No se hizo intento de ocultar las mayores limitaciones del análisis, como fueron que no había manera de estimar qué cantidad de gasto en instalaciones para maternidad llevaría a la aceptación de la planificación familiar y del impedimento de nacimientos, y que no tener en cuenta los beneficios para la salud y bienestar de los pacientes podría causar una impresión desafortunada. Además, antes de comparar los costos y beneficios de un proyecto propuesto, debe satisfacerse en el análisis que su diseño es costo-efectivo con respecto a su objetivo principal. Nadie podría pretender que los gastos propuestos fueran la forma más costo-efectiva de aumentar la aceptación de la planificación familiar. Existía siempre la posibilidad limitante en cuanto a lo que podría lograr un programa puramente de posparto frente a situaciones en las que la mayoría de las mujeres prefería el anticonceptivo oral. De hecho, el Banco logró un acuerdo de que, para noviembre de 1970, la NFPB produciría planes para la restauración de un programa de extensión comunitaria.

El debate intelectual dedicado al tema fue considerable y cuando los documentos del proyecto pasaron al Comité de Créditos, se incluyó un anexo que presentaba una justificación cuantitativa del proyecto. Mostraba que a pesar de ignorar los beneficios para la salud y el bienestar, los beneficios económicos de impedir un nacimiento eran grandes. El comité estuvo dividido en cuanto a si debería incluirse el anexo. La mayoría consideraba que apoyaba lo que el presidente venía diciendo en sus discursos. Sin embargo, el presidente y el jefe del comité decidieron que el análisis económico detallado era potencialmente litigioso y debía omitirse. Eventualmente, sólo se presentó a la junta una justificación socioeconómica general.

Posdata

Dado que el presente libro trata principalmente sobre los años sesenta, es tentador finalizar la historia con la destacada nota de la aprobación de la junta en junio de 1970. (Marca también el final de la participación del autor en el programa de Jamaica). Tanto el Banco como el gobierno tuvieron buenas razones para ser optimistas tanto sobre el programa de planificación familiar como sobre el proyecto. La oposición potencial de la Iglesia católica y la extrema izquierda no parecía amenazar el amplio apoyo político que tenía el programa y la principal condición sobre la que se otorgó el préstamo del Banco –que se confirmara por estatuto la semiautonomía de la NFPB– se consiguió pronto después de aprobarse y firmarse el préstamo.

Desde la perspectiva de un proyecto, este optimismo demostró ser injustificado. El proyecto se cerró en marzo de 1977 porque el préstamo se había desembolsado en su totalidad, aunque no se habían terminado las inversiones hechas según el proyecto. Por ese tiempo, la política del Banco dictaba que uno o dos años después de completarse el proyecto, su Departamento de Evaluación de Operaciones realizaría una auditoría, discutiría sus hallazgos con el gobierno y los informaría a la junta. El informe de auditoría se emitió en junio de 1979 y, como era lógico, fue muy crítico.

El problema principal había sido la implementación de los componentes básicos estructurales (*hardware*) del proyecto. El informe de evaluación había preparado un cronograma tentativo del proyecto, mostrando que la construcción de los centros de maternidad rurales se terminaría en julio de 1972 y la extensión del VJH y los trabajos relacionados en septiembre de 1973. Los centros rurales de maternidad se atrasaron; al terminarse, estuvieron considerablemente subutilizados y la mayoría fueron convertidos eventualmente en centros de salud de propósitos múltiples. La inflación de costos hizo que fuera inadecuado el tamaño del préstamo y, al cerrarse el proyecto, la extensión del VJH estaba lejos de terminar. De hecho, aún no se había terminado en el momento en que se efectuó el informe de auditoría, en el cual se anotó que el proyecto del VJH se conocía usualmente en el parlamento y por parte de los funcionarios superiores como un desastre. Sin embargo, las causas de los retrasos en la construcción no tuvieron que ver con la población. Algunas, como la imposibilidad de supervisar el trabajo de construcción en el sitio por un año debido a huelgas e inestabilidad política, fueron claramente externas al proyecto. Se atribuyeron otros problemas al hecho de que un departamento recién formado del Banco e instituciones de implementación sin experiencia no recurrieron suficientemente a la pericia y experiencia en proyectos acumulada en el Banco Mundial o en Jamaica y que por tanto había sido débil la administración del proyecto.

La auditoría discutió también los componentes de *software* y al hacerlo cuestionó la sensatez de integrar un programa de planificación familiar vertical con servicios de salud. Al recomendar la primera misión del Banco Mundial el programa, el ministro de salud rechazó esta sugerencia, pero surgió un entendimiento de que gradualmente habría un movimiento hacia él. Esto fue reforzado al hacerse evidente que otorgar semiautonomía estatutaria a la NFPB no había mejorado su administración del programa vertical. La primera y única revisión de expertos externos en junio de 1972 fue crítica de su desempeño. Se había reemplazado a Jacobs como director ejecutivo, pero continuó en su cargo anterior de director médico y la NFPB operaba todavía en forma *ad hoc*, sin ninguna clase de plan a largo plazo. En adición, había una seria necesidad de un mayor enlace entre el Ministerio de Salud y la NFPB, que debería estar utilizando mejor las clínicas del ministerio. Alrededor del 60% del personal de salud no había recibido capacitación en planificación familiar.

En contraste con las expectativas del Banco, la NFPB no revivió el programa de promotoras visitadoras y en cambio había empleado un menor número de funcionarios y asistentes en educación sobre planificación familiar. La ausencia de su capacidad de seguimiento a las aceptantes del programa pudo notarse en la alta tasa de deserción. A principios de los años setenta hubo unas 22.000 a 25.000 nuevas aceptantes de planificación familiar cada año –más o menos un 7% de la población femenina entre 15 y 44 años de edad– pero los estimados indicaron que la proporción de la cohorte de edad en el programa aumentó sólo de 9% en 1970 a 11% en 1974. La revisión externa sugirió que eran necesarios por lo menos 200 visitantes de hogares.

La revisión anotó una mejora considerable, que fue el programa de posparto. El personal de este programa suministró información al 70% de los casos de posparto en 1970 y los estimados sugirieron que 30% de todas las pacientes remitidas aceptaron la planificación familiar. Otro cálculo fue que 19% de los partos en ese tiempo llevaron a la aceptación de planificación familiar. Puesto que esto fue antes de que terminaran las nuevas instalaciones, ilustró el vínculo relativamente débil entre la inversión en el proyecto del Banco Mundial y la aceptación de la planificación familiar.

En su respuesta a la revisión, el gobierno anotó que ya estaba capacitando a 300 ayudantes de salud comunitaria y se proponía aumentar esta cantidad en forma significativa. Su programa a largo plazo eventualmente exigió más de 2.000 ayudantes. Esta estrategia implicaba aumentar la integración del programa de planificación familiar con los servicios generales de salud, una movida que tuvo lugar formalmente en 1974 con la transferencia de los 143 trabajadores de educación en planificación familiar al Ministerio de Salud. (La NFPB continuó operando principalmente en actividades de información, educación y comunicación, y evaluación).

La integración con los servicios de salud puede haber reflejado menos la recomendación original del Banco Mundial que la necesidad política. A principios de la década de 1970, los cargos del movimiento del poder negro de que la planificación familiar era un complot racista se intensificaron y se expuso políticamente un programa de un propósito. Esto contribuyó también a la renuencia del gobierno a utilizar asesoría extranjera, llevando al recorte de algunos de los servicios de asesoría sugeridos en el proyecto. En el informe de auditoría se consideraba que la integración había reducido la atención prestada a la planificación familiar pues el personal médico tenía otras prioridades y los trabajadores comunitarios no estaban bien capacitados, y señalaba un descenso en el número de nuevas aceptantes después de 1975.⁹ Aunque la tasa de natalidad bruta no había caído tanto como esperaba originalmente la NFPB (de 35

9 Datos de fuentes no publicadas difieren marcadamente en cuanto al grado de disminución en la aceptación en el programa oficial. Robinson (1991) informa estadísticas de servicio

nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes en 1968 a 25 en 1975), el informe de auditoría anotó que había caído a alrededor de 30 en 1974, pero luego se había nivelado.

En la misma forma que era posible ser demasiado optimista en 1970, era fácil ser demasiado pesimista en 1979. El fundamento para la integración en un país con una red bien establecida de clínicas era fuerte, especialmente en el clima político de 1974. En la segunda mitad de los años setenta, los servicios familiares basados en clínicas se complementaban con un programa exitoso asistido por la Usaid para aumentar la distribución comercial de anticonceptivos. Las tasas brutas de natalidad no son un buen indicador de la fecundidad y las variaciones de año a año pueden ser particularmente engañosas. La fecundidad cayó en forma significativa en la década de 1970: la tasa de fecundidad total, que había sido en promedio de casi 5,8 nacimientos por mujer en 1965-69, fue de 5,0 en promedio en 1970-74 y de 4,0 en 1975-79 (United Nations Department of Economics and Social Affairs, 2005).¹⁰ Este compás de tiempo sugiere con fuerza que la mayor disponibilidad de planificación familiar debe haber contribuido a esta reducción de la fecundidad, aun si es imposible la identificación de qué parte particular del programa tuvo mayor efecto. La fecundidad ha continuado disminuyendo y los estimados más recientes sugieren que la tasa de fecundidad total es ahora de alrededor de 2,4.¹¹

¿Pudieron derivarse, y se derivaron, enseñanzas de estos primeros años del programa de Jamaica o del intento del Banco Mundial de asistir este programa? En Jamaica, el éxito del programa de posparto ocasionó la extensión a otros cinco hospitales en 1973-74, pero había aumentado la comprensión de que un programa de posparto, en especial cuando el anticonceptivo preferido por la mujer es la píldora, requiere un seguimiento efectivo y de que el hospital y las actividades deberían sólo formar parte de un conjunto mayor de actividades de planificación familiar en el que la distribución comercial es también de gran importancia. Por su parte, el Banco reconoció cada vez más que el control de la población era un asunto más complejo y difícil de lo que había implicado su primer proyecto, y sus proyectos empezaron a hacer mucho más énfasis en el *software*, especialmente en capacitación, investigación, evaluación y asistencia técnica. Éstos fueron componentes importantes de un segundo proyecto de población para Jamaica, presentado a la junta del Banco en junio de 1976. El enfoque primario de este proyecto fue la integración de la planifi-

que muestran una caída más pequeña en 1976 que la del informe de auditoría y un aumento marcado en lugar de una caída en 1977.

10 Se considera que una tasa de fecundidad total de 2,1 es normalmente una tasa de reemplazo.

11 Este es el estimado en la base de datos internacional de la U.S. Bureau of the Census (Oficina del Censo de EUA) y es consistente con los datos citados de las Naciones Unidas.

cación familiar a la salud materno-infantil, incluido el mejoramiento en la nutrición, que había llegado a ser un objetivo aceptable para préstamos directos del Banco. Éste financió la introducción de un esquema integrado en un condado a manera de ensayo, diseñado para replicarse en toda la isla si resultaba exitoso. Aproximadamente un 20% de los costos en moneda extranjera, casi todos financiados por el Banco, fueron para asistencia técnica.

Para este segundo proyecto, el Banco financió también sólo los costos de capital en moneda extranjera. En años posteriores, la rigidez que implicaba la disposición del Banco de financiar algunos tipos de gastos del gobierno y no otros (independientemente de su necesidad de cumplir los objetivos del proyecto) sería cada vez menos estricta, en especial la distinción entre costos locales y extranjeros. Sin embargo, estuvo presente durante muchos años y por eso no puede decirse que este cambio, muy deseable en las políticas de préstamos de inversión del Banco, haya sido resultado de este proyecto.¹²

Referencias

- Banco Mundial. 1975. *Health: Sector Policy Paper*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Coale, Ansley J. y Edgar M. Hoover. 1958. *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ebanks, G. E., Lenworth M. Jacobs y Sylvia Goldson. 1971. *Jamaica*. Country Profiles Series. Nueva York: Population Council.
- Jacobs, Beth. s.f. (pero probablemente 1996). *A History of Voluntary Family Planning in Jamaica*. St. Ann's Bay, Jamaica: Jamaica Family Planning Association.
- Kapur, Devesh, John P. Lewis y Richard Webb. 1997. *The World Bank: Its First Half Century*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- King, Timothy. 1970. "The Measurement of the Economic Benefits from Family Planning Programs and Projects." Documento de trabajo 71, Banco Mundial, Economics Department, Washington, DC.
- Mason, Edward S. y Robert E. Asher. 1973. *The World Bank Since Bretton Woods*. Washington, DC: Brookings Institution.
- McNamara, Robert S. 1981. *The McNamara Years at the World Bank*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

12 El autor desea agradecer a Tatiana Proskuryakova por ofrecer una declaración de las políticas de financiación del Banco, aprobada en 2004, que es bastante explícita en cuanto a que éste está preparado ya para financiar los costos locales y recurrentes de sus proyectos.

- Riley, James C. 2005. *Poverty and Life Expectancy: The Jamaica Paradox*. Cambridge, R.U.: Cambridge University Press.
- Robinson, W. 1981. *A Cost-Benefit Analysis of the Proposed Jamaica Family Planning Project*. Washington, DC: American Public Health Association.
- Rosen, Robert C. 1973. *Law and Population Growth in Jamaica*. Law and Population Programme Monograph 10. Medford, MA: Tufts University, Fletcher School of Law and Diplomacy.
- Shapley, Deborah. 1993. *Promise and Power: The Life and Times of Robert McNamara*. Boston: Little Brown.
- Stycos, J. M. 1964. *The Control of Human Fertility in Jamaica*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. 2005. *World Population Prospects*. Nueva York: United Nations.
- Williams, L. L. 1969. "Jamaica: Crisis on a Small Island." En *Population: Changing World Crisis*, ed. Bernard Berelson, 123–32. Voice of America Forum Lectures. Washington, DC: Voice of America.
- Zachariah, K. C. 1973. "Family Planning and Fertility Trends in Jamaica." Documento de trabajo del personal del Banco 167, Banco Mundial, Washington, DC.

IV

Asia oriental y el Pacífico

11

La revelación coreana

Taek Il Kim y John A. Ross

Cuando me encuentro con jóvenes, usualmente me preguntan cuántos hijos tengo. A esta pregunta, mi respuesta ha sido la misma en los últimos 30 años: “tengo cinco hijos, cuatro varones y una niña”. Pero sus reacciones nunca han sido las mismas. En los años cincuenta, me decían “usted es el hombre más bendito del mundo”. En los años sesenta, la respuesta era “usted es afortunado, pero debe haber tenido momentos duros”. En los setenta cambió a “¿cómo pudo haber tenido tantos?” En estos días, me dicen sin ambages “usted debe estar loco”.

De una nota de campo de 1982, citada en Kwon (1982).

A finales de los años cincuenta y principios de los sesenta, la República de Corea se vio socavada en sus esfuerzos para el desarrollo por la alta tasa de crecimiento de la población. El gobierno decidió reducir esa tasa por medio de uno de los primeros programas nacionales de planificación familiar del mundo. Como en muchos de los demás países que se tratan en este volumen, el programa contó con un mayor uso de anticonceptivos, en oposición a las alternativas de aumentar la edad para el matrimonio (aunque ésta también ocurrió), con el aborto (si bien era generalizado) o con ejercer presiones poderosas a los individuos (como ocurrió en China). En un mayor grado que en otros países, el programa utilizó una campaña pública para cambiar las actitudes tradicionales pronatalistas y establecer una nueva norma de familia pequeña. De gran especificidad, la extensa educación sobre anticonceptivos y dónde obtenerlos formaron parte del nuevo programa. Para describir la experiencia coreana, en este capítulo se hace uso de Cha (1966), Cho y Kim (1992), Cho, Kong y Lim (1984), Han y otros (1970), Kim y Kim (1966), Kim, Ross y Worth (1972) y Watson (1977). El recuadro 11.1 presenta una cronología de los principales eventos.

Recuadro 11.1 *Cronología de eventos principales*

- 1961: El gobierno adopta una política nacional sobre la familia con vigencia a partir de 1962 como parte de su plan de desarrollo económico.
Es abolida la ley que prohibía la importación y producción local de anticonceptivos.
Se instaura la Federación Coreana de Planificación de la Familia como organización privada voluntaria.
Se adopta la consigna “ten pocos hijos y edúcalos bien”.
- 1962: Se inicia el programa nacional de planificación familiar en el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales utilizando el sistema de prestación de servicios de salud del gobierno.
En cada uno de los 183 centros de salud se establece una clínica de asesoría en planificación familiar y se asigna un trabajador de planificación familiar a la clínica.
El programa de planificación familiar introduce vasectomías, preservativos y gelatinas anticonceptivas (se abandonan las últimas en 1963).
Se inician programas de capacitación para trabajadores de planificación familiar y para médicos sobre cómo realizar vasectomías.
- 1963: Se establece la Sección de Salud Materno-Infantil en la Oficina de Salud Pública.
Se asignan dos trabajadores principales de planificación familiar a cada uno de los 183 centros de salud.
Se adopta el plan oficial de planificación familiar a 10 años dentro del marco del plan de desarrollo económico a largo plazo del gobierno.
El primer ministro envía una orden por escrito a varios ministerios con instrucciones sobre cómo tomar medidas sobre población y actividades de planificación familiar en sus respectivas jurisdicciones.
- 1964: Se asigna un trabajador de campo en planificación familiar a cada uno de los 1.473 subcentros de salud de ayuntamientos.
Se inicia un programa de capacitación sobre inserción de dispositivos intrauterinos (DIU) para médicos.
Se agrega el DIU al plan nacional de planificación familiar.
Se introducen los equipos móviles de planificación familiar con el fin de cubrir zonas remotas.
El programa nacional adopta un sistema de objetivos en planificación familiar.
- 1965: Se establece la encuesta de planificación familiar y el equipo de evaluación.
- 1968: Se organizan clubes de planificación familiar de madres en todo el país.
Se introduce la píldora al programa nacional, inicialmente para las desertoras del DIU y luego para todas las mujeres en 1969.
- 1971: Se instaura el Instituto Coreano para la Planificación Familiar.
Se adopta la consigna “Detente a los dos independientemente del sexo”.
- 1972: Se fortalece la organización del programa estableciendo la Oficina de Salud Materno-Infantil en el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales.

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 11.1)

- 1973: Se promulga la Ley de Salud Materno-Infantil, legalizando el aborto inducido en ciertas condiciones y por razones médicas y permitiendo que los paramédicos inserten DIU.
- 1974: Se inician proyectos urbanos especiales en zonas de bajos ingresos, hospitales y sitios industriales y también en las reservas del ejército.
Se agregan al programa nacional servicios de regulación menstrual.
Se ofrece exención de impuestos a las familias de hasta tres hijos.
- 1975: Se lanza un programa de capacitación para que los médicos efectúen esterilización femenina laparoscópica.
Se funda la Asociación Coreana para la Esterilización Voluntaria.

El escenario

Cinco condiciones excepcionales fijan el contexto histórico. Primero, la anexión japonesa de toda la península coreana en 1910 que continuó hasta el fin de la Segunda Guerra Mundial en 1945, al irse repentinamente los ocupantes japoneses, dejando al país en un caos. Segundo, más de un millón de coreanos regresaron entonces de Manchuria y Japón, causando grandes problemas de absorción. Tercero, después de la división de Corea en el paralelo 38¹, huyeron miles de personas ante la presencia rusa en el norte y se establecieron en el sur. Entre tanto, las tropas estadounidenses se localizaron en el sur. Cuarto, lo más destructivo de todo, la repentina invasión del norte al sur en junio de 1950 encendió la chispa de la Guerra de Corea y envió a poblaciones en fuga al extremo sur de la península cerca de Pusan y destruyó gran parte de la infraestructura. Seúl cambió de manos tres veces y difícilmente quedó un edificio en pie. Quinto, la estructura demográfica, que ya estaba desestabilizada por las grandes migraciones y las pérdidas de la guerra, cambió a un *baby boom* después de 1953, al regresar muchos soldados a casa. Con estas desarticulaciones extremas, persistieron los tiempos difíciles hasta 1961, con el agravante de una dirigencia débil en los estratos superiores del gobierno. Entonces un golpe militar inició un período de profundos cambios.

1 La península coreana se dividió en el paralelo 38 en 1945 al terminar la Segunda Guerra Mundial, acción que fue propuesta por los Estados Unidos, con la que estuvo de acuerdo la Unión Soviética, como parte del desarme de las fuerzas japonesas y del final de su ocupación. La Guerra Coreana (1950-53) dejó la línea divisoria en la zona desmilitarizada y así continúa hasta el presente.

Inicios

Aun antes de 1961, a pesar de la intensa preferencia por tener hijos y el pronatalismo predominante, hubo indicaciones de actitudes favoreciendo el uso de anticonceptivos. Las condiciones de vida eran difíciles y, especialmente, siendo gran parte de la población refugiados durante la Guerra de Corea, parecieron surgir actitudes más indulgentes hacia las embarazadas que elegían abortar. En general, el realizar acciones para evitar el embarazo e interrumpirlo si ocurría, pareció ganar terreno en ese tiempo.

Entre tanto, algunos dirigentes habían empezado a dar los primeros pasos para promover la educación sobre anticoncepción y aun los primeros servicios de planificación familiar. Se organizó una asociación de madres con una clínica en Seúl y dirigentes de la Iglesia metodista local establecieron varias clínicas en cuatro ciudades en 1957 y 1958. Los miembros de la facultad de la Universidad Nacional se interesaron en la planificación familiar y dirigentes de la comunidad académica y la profesión médica se reunieron para desarrollar planes para alguna clase de programa. Simultáneamente, los preservativos se hicieron bien conocidos debido a su amplia distribución entre los soldados estadounidenses y coreanos y entraron en el mercado negro (una vieja ley japonesa prohibía todavía la importación y producción de anticonceptivos). Coreanos de visita en otros países quedaron impresionados con la norma de la familia pequeña que predominaba en occidente y la visita los alertó sobre los debates internacionales acerca del crecimiento explosivo de la población que empezó a principios de la década de 1950. Todos estos cambios empezaron a modificar el clima de opinión tanto dentro como fuera del gobierno. Ya desde 1956, el jefe de la Oficina de Asuntos Médicos del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales había hecho sugerencias sin éxito de iniciar un programa nacional ante la oposición del presidente. En 1957, sin llamar la atención de autoridades superiores, se capacitó a trabajadores del gobierno en un programa interno de demostración sobre planificación familiar y se los estimuló a discutirla con las aldeanas. En 1959, el Subcomité de Salud Materno-Infantil del Comité de Asesoría Técnica discutió formalmente la necesidad de un programa de planificación familiar en el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, aunque no se efectuó acción adicional en ese tiempo.

La situación demográfica se había vuelto más problemática también. En adición a las migraciones masivas y los patrones desestabilizados de matrimonio y distribución de edades, el *baby boom* que se produjo al finalizar la Guerra de Corea en 1953 había elevado la tasa de natalidad. Al mismo tiempo cayeron las tasas de mortalidad infantil y la carga resultante sobre una población ya presionada se hizo obvia para los planificadores en el gobierno. Para 1961, el escenario estaba preparado: una combinación de condiciones sociales desesperadas, presiones demográficas y respuestas iniciales

por medio de unos pocos servicios tempranos, junto con opiniones modificadas de dirigentes prominentes. En este contexto entró un nuevo gobierno que abrió el camino al cambio fundamental.

Una transición histórica: 1961-62

La revolución militar de mayo de 1961 introdujo un grupo de dirigentes de concepción moderna que se dedicó a reconstruir la nación, tanto para el desarrollo económico como para el mejor bienestar. Predominaba un nuevo sentimiento de libertad para debatir ideas y considerar divergencias de la tradición. El gobierno estableció una serie de paneles asesores sobre la renovación nacional, uno de los cuales permitió a quienes se encontraban en salud pública y la academia promover ideas favorables a la planificación familiar. Se inició el trabajo sobre una política nacional de población y se le concedieron tres meses al Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, bajo la fuerte dirección de Hee Sup Chung, para hacer recomendaciones.

Hubo cuatro preocupaciones problemáticas que debían atenderse antes de que el gobierno pudiera llegar al pueblo abogando en favor de una inversión de los valores familiares tradicionales, a saber:

- ¿Cómo respondería el pueblo, dada la profunda dependencia de la familia grande y extendida y la necesidad económica de tener hijos?
- ¿Qué sucedería con las buenas costumbres éticas y sexuales si se distribuían ampliamente los anticonceptivos?
- ¿Aceptarían y apoyarían el intento otras agencias del gobierno?
- ¿Qué significado tendría la limitación de la fecundidad para el desarrollo a largo plazo de Corea al requerir una mayor fuerza laboral? ¿No ganaría el país influencia internacional con una mayor población?

Al final, el intenso impulso de lograr el desarrollo económico dispuso estas preocupaciones. Las autoridades decidieron seguir adelante con la reducción de la tasa de crecimiento de la población, pero mantener un bajo perfil al hacerlo. El nuevo programa, una vez creado, fue situado bien abajo en la estructura del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales como una actividad dentro de la nueva Sección de Salud Materno-Infantil, lo que se consideró como un mejor enfoque que el de una oficina nueva de alta visibilidad que obstaculizaría la cooperación dentro del ministerio y con otros ministerios y aumentaría la vergüenza pública si fallaba el nuevo programa o causaba un gran escándalo.

La nueva política fue bastante específica: una directiva oficial al Ministerio de Salud y Asuntos Sociales le exigía hacer lo siguiente (Kim, Ross y Worth, 1972):

- Diseñar una ley y promulgar políticas para la implementación de un programa de planificación familiar.
- Derogar la ley que prohibía la importación de anticonceptivos y permitir la importación de todo tipo de ellos.
- Promover la producción doméstica de anticonceptivos y controlar su calidad.
- Confiar la implementación del programa de información y educación sobre planificación familiar a un movimiento especial de reconstrucción nacional en cooperación con otras agencias gubernamentales y no gubernamentales.
- Capacitar trabajadores en planificación familiar.
- Solicitar ayuda extranjera y utilizarla apropiadamente.
- Establecer clínicas de planificación familiar.
- Conformar un consejo asesor de planificación familiar.
- Apoyar agencias privadas interesadas en el programa de planificación familiar.

El nuevo plan decenal: 1964-73

Con la política establecida, se necesitaba un plan para decidir qué acciones de hecho y en cuánto reducirían la fecundidad. En 1963, no existía literatura bien documentada para vincular el uso masivo de anticonceptivos con la reducción de la fecundidad, pero se necesitaban cálculos para cumplir el nuevo objetivo de crecimiento de la población en el plan quinquenal económico. Mientras el primer objetivo fue reducir la tasa de crecimiento de 2,9% por año en 1961 a 2,7% para 1966, la Junta de Planeación Económica lo había modificado a 2,5% para 1966 y a 2,0% para 1971. Así, se fijó que en el término de 10 años la tasa de crecimiento debía caer 1%, un ritmo ya logrado por Japón en la década anterior.

Se requerían entonces cálculos para especificar el número de personas que adoptarían cada método de anticoncepción, cuánto tiempo podía esperarse que lo utilizaran y cuánto disminuiría su fecundidad. Con el fin de lograr el objetivo, debería estar utilizando anticoncepción el 45% de las parejas con esposas entre 20 y 44 años de edad para 1971, lo que representaba un aumento con respecto a sólo el 5% en 1961. El programa del gobierno cubriría los servicios para el 32% de las parejas y los recursos privados el 13%. Todas las actividades del gobierno estarían ligadas a asignaciones presupuestales, de modo que se requería estimar para el programa las cantidades de inserciones de dispositivos intrauterinos (DIU), vasectomías y usuarios de preservativos y espuma o gelatina vaginal y relacionarlos con la tasa de fecundidad esperada de

las parejas que adoptaran los métodos. En el plan se tuvo en cuenta todo esto, y también las deserciones de uso de DIU y la baja efectividad de los preservativos, espuma y gelatina, y se reconocía que algunas parejas con vasectomía pasarían de la edad de 45 años o no estarían ya expuestas a embarazo por terminar su matrimonio. Se notó también que una parte del 13% que utilizara recursos privados para sus necesidades de planificación familiar habría sido motivada en forma indirecta por el programa. Se incorporaron los resultados a las proyecciones nacionales de tasas de fecundidad y mortalidad y se vincularon a un flujo de costos anuales. Lograr todo esto en 1963 era innovador y anticipaba un extenso trabajo en los próximos años por parte de investigadores en Estados Unidos y otros lugares.

Mecánica del programa

Con el plan en mano y objetivos claros, debía configurarse la maquinaria del nuevo programa. Era necesario proporcionar buena información y servicios a toda la población. Tanto la información como la educación eran necesarias ya que la idea de control de la natalidad era en gran parte nueva para el público. El énfasis se hizo en informar y no en persuadir, pues el público debía primero comprender los nuevos métodos y saber dónde obtenerlos.

Los sistemas de prestación de servicios fueron distintos para métodos de reabastecimiento y métodos clínicos. Trabajadores legos y clubes femeninos distribuyeron preservativos y espuma y gelatina vaginal (y más tarde píldoras). Los médicos privados fueron primariamente responsables por los dos métodos clínicos, el DIU y la vasectomía, que proporcionaban en sus propias instalaciones. Para cubrir todo el país, se contrataron algunos médicos en cada zona, pero no todos, pues ello disminuiría el número de clientes por cada médico. Aproximadamente 1.075 médicos fueron capacitados y autorizados para insertar DIU y 490 para efectuar vasectomías. Se les pagó a razón de US\$1,10 por cada inserción de DIU y US\$3,30 por cada vasectomía. Todos los servicios eran gratis para los clientes, incluida la atención de seguimiento por efectos colaterales y a los hombres que recibían la vasectomía se les pagaba US\$3 por el tiempo de trabajo perdido.

La propia red de centros de salud del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales fue también central para el nuevo programa, aumentada por una decisión de la mayor importancia de contratar un trabajador lego de planificación familiar por cada ayuntamiento. La mayoría fueron mujeres con diploma de bachillerato y se seleccionó y capacitó de emergencia a 1.473. Se les asignó la realización de reuniones grupales, visitas domiciliarias y distribución de suministros, y fueron también fundamentales para la creación en 1968 de los clubes femeninos en las aldeas. Una clave de su efec-

tividad fue su asignación conjunta al personal de salud y al jefe del ayuntamiento, cuyas calificaciones de trabajo se basaron principalmente en el progreso del ayuntamiento en la planificación familiar. Este arreglo fortaleció el apoyo tanto para los nuevos trabajadores de campo como para el programa en general.

La estructura administrativa fue dual, fluyendo a través del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales y el Ministerio de Asuntos Interiores. Este último comprendía funcionarios públicos de gobernadores provinciales hasta jefes de condados y ayuntamientos. Instruyó a los gobiernos locales para adicionar personal, obtener fondos del presupuesto central y prestar debida atención al programa. El Ministerio de Cultura e Información Pública ayudó también movilizándolo redes de radio, periódicos y películas y, posteriormente, televisión.

La financiación para el programa provino principalmente del presupuesto nacional de desarrollo, que reflejó el firme compromiso de la Junta de Planeación Económica y su enfoque en la reducción del crecimiento de la población. Fondos adicionales provinieron del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales y de los presupuestos provinciales y locales. Los donantes extranjeros fueron importantes, no para servicios de primera línea sino para funciones seleccionadas para las cuales los fondos del gobierno no estaban rápidamente disponibles, incluyendo, por ejemplo anticonceptivos, algo del trabajo de información, educación y comunicaciones, por medio de la Federación Coreana de Planificación de la Familia (PPFK), el trabajo de la Unidad de Evaluación del Programa, la mayor parte de los pequeños ensayos y proyectos piloto y los equipos móviles. Los donantes aportaron también asistencia técnica. Los objetivos anuales del trabajo estuvieron estrechamente ligados al presupuesto, ya que los pagos a los médicos cubrían los DIU y las vasectomías y su cantidad requería concordancia con los renglones del presupuesto. Así, los objetivos para la adopción anual de anticonceptivos debían ser cubiertos por las asignaciones del presupuesto y, a su vez, las aprobaciones de éste creaban presión para un desempeño correspondiente en el campo. La descentralización fue considerable, asignándose la financiación y los objetivos primero en las provincias, después dentro de la provincia en los condados y por último en cada ayuntamiento. Las participaciones presupuestales relativas entre las zonas se basaban parcialmente en las características de la población y parcialmente en el registro de respuesta pública y logros del programa en el año anterior.

La estructura del programa contenía un fuerte componente privado a través del capítulo de planificación de la familia, la PPFK, un brazo valioso del esfuerzo nacional creado en 1961 durante el impulso general para adelantar la planificación familiar. La PPFK trabajó en estrecha coordinación con el programa público para cubrir funciones que el gobierno no podía manejar con facilidad. La PPFK manejó gran parte de la educación pública, parcialmente por la percepción de que dominaría la confianza del

pueblo mejor de lo que lo haría una agencia del gobierno y tuvo un papel clave en la creación de los clubes de madres en 1968 al mismo tiempo que se adicionaba la píldora al programa por las deserciones de DIU. (Inicialmente, la píldora no estaba disponible para todas las mujeres por temor de que podría tentar a muchas a abandonar el DIU, pero esa restricción terminó al año siguiente.) La PPFK implementó gran parte de la capacitación en todo el país, administró los equipos móviles y la considerable asistencia extranjera y efectuó estudios importantes.

Aprender haciendo

Al inicio del programa, no existían ejemplos disponibles de otros países y no hubo tiempo de realizar una actividad piloto dada la urgente necesidad de tratar con el severo problema de población. Así, en lugar de adquirir capacidad para empezar con un diseño inicial en una zona limitada e ir gradualmente adaptando el diseño nacionalmente, el programa se inició en forma simultánea en todo el país. Empezaron algunos ensayos experimentales, pero tuvieron lugar al mismo tiempo que el lanzamiento nacional. La calidad del servicio fue mínima al principio, pero se hicieron mejoras significativas en años posteriores, los que se beneficiaron con la veloz retroalimentación de las actividades de campo, a través del sistema incorporado de evaluación, de la asesoría técnica, y la nueva información de los grupos académicos que efectuaron muchos ensayos orientados a la acción. Los líderes en este aspecto fueron las escuelas de salud pública de la Universidad Nacional de Seúl y la Yonsei University, pero otras entidades hicieron también trabajo importante.

Información y educación

Se llegó a la mayoría de la población con mensajes señalando algo bastante nuevo en su experiencia: respaldo público que iba en contra del pronatalismo y las familias grandes que siempre habían conocido. Los máximos dirigentes del país se comprometieron, inclusive el presidente, el primer ministro y otras figuras importantes, quienes públicamente respaldaron y privadamente apoyaron los nuevos puntos de vista.² Esto tuvo especial validez en las primeras etapas, cuando los ataques políticos pudieron haber sido tentadores y era necesario evitar los rumores en contra del programa. La PPFK fue central para el esfuerzo de información, asegurando un flujo continuo de mensajes al público. En los primeros años, los principales canales de información

2 Este apoyo tiene eco en las campañas actuales sobre VIH/SIDA, en las que ha sido de importancia crítica un compromiso profundo por parte del jefe del Estado.

fueron la radio, los cortos de cine, las bandas sonoras y materiales impresos, como afiches y folletos. En el nivel personal, las visitas domiciliarias y las reuniones de grupo fueron comunes en la mayor parte de las zonas rurales. El porcentaje de mujeres casadas que dijo conocer el nuevo DIU aumentó de 11% a 60% entre las encuestas nacionales de 1964 y 1966.

Capacitación

Hubo al principio una necesidad de capacitación masiva y la PPFK implementó la mayoría en cooperación con el personal de planeación del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales. Como agencia privada, la PPFK podía tratar en forma flexible los cronogramas para los médicos y varios consultores, manejar con mayor eficiencia los fondos y trabajar fácilmente con los donantes extranjeros. Mientras la PPFK dirigía las sesiones de capacitación, organizaba los conferencistas, textos e instalaciones, el ministerio retenía la aprobación final del contenido de los cursos, ordenaba a los trabajadores reportarse para la capacitación y supervisaba todo el programa esfuerzo. La PPFK también manejaba gran parte de la recapitación requerida con los años en cooperación con el ministerio. Este acuerdo de asociación funcionó bien, con apoyo de los donantes para funciones que el gobierno no podía manejar ágilmente.

La capacitación de los médicos debía ocurrir antes de que los nuevos equipos de trabajadores de campo empezaran a reclutar clientes, y se seleccionaron médicos en todo el país para las primeras sesiones de capacitación para realizar las vasectomías e insertar los DIU. Aunque no todos formaron parte del programa, pues algunos estaban inseguros de su habilidad, otros eran celosos de las quejas de los clientes y algunos percibían oportunidades de mayores ingresos en otro trabajo, los médicos privados fueron el sostén principal de los primeros servicios clínicos.

Un intento notable fue la capacitación de 1.473 trabajadores del ayuntamiento, quienes atendieron en promedio 1.600 parejas cada uno en las zonas rurales. (En las zonas urbanas, el promedio fue de un trabajador para 2.400 parejas). Los trabajadores se seleccionaron localmente y se llevaron a una serie de centros regionales en grupos de 100 para la capacitación inicial, que era seguida de la experiencia en el trabajo en el centro de salud de su condado y por capacitación de actualización de 20 días al año siguiente. Otra capacitación se dirigió al personal de salud en las ciudades y en los distintos niveles administrativos. La capacitación fue una parte continua del programa a lo largo de los años para médicos, personal de salud, trabajadores de campo y administradores.

Los trabajadores legos del ayuntamiento ascendían más adelante a asistentes de enfermería calificados y por último recibían capacitación como trabajadores de pro-

pósito múltiple para redes rurales de salud integradas. Puesto que el programa de planificación familiar era preferido en las asignaciones del presupuesto, fue pionero en el acrecentamiento de los servicios de salud materno-infantil en las zonas rurales.

Equipos móviles

Se creó un sistema de equipos móviles para el servicio en las zonas remotas. Alrededor del 20% de las parejas vivía en los 600 ayuntamientos que carecían de médicos y los trabajadores de campo de esos ayuntamientos se quejaban de que tenían parejas que deseaban DIU o vasectomías, pero no tenían acceso a un centro cercano de servicios. En otros ayuntamientos, los médicos estaban muy dispersos y localizados inconvenientemente. Bastante aparte de las inserciones de los nuevos DIU, muchas usuarias corrientes requerían asistencia de seguimiento. El concepto de equipos móviles había sido probado antes por la PPFK con dos furgonetas de demostración y se tomó la decisión de localizar 10 equipos en las ocho provincias más grandes. No podían suplir todas las necesidades pero constituyeron, sin embargo, una contribución importante. Como en otros países, los equipos móviles cubrieron cuatro funciones clave:

- Prestar servicios iniciales y de seguimiento en las zonas que no contaban con médicos.
- Capacitar durante el trabajo a los médicos locales autorizados para insertar DIU y efectuar vasectomías.
- Ayudar a los médicos locales a prestar servicios clínicos a parejas localizadas lejos de sus consultorios.
- Realizar programas de información y educación pública en cooperación con los trabajadores locales.

Las 10 unidades fueron transferidas del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales a la PPFK en 1967 y después al control directo de los gobiernos provinciales en 1970. Estaban equipadas para efectuar inserciones de DIU y vasectomías dentro del vehículo y llevaban un proyector para uso en las reuniones de grupo. Cada unidad incluía un médico, una partera-enfermera, un educador de salud y un conductor. Las visitas se enfocaron a las zonas sin médicos y las de tasas de bajo logro o con numerosos efectos colaterales. Los días de mercado siempre atraían grandes multitudes y a menudo los equipos hacían coincidir sus visitas con los días de mercado.

El trabajo era exigente y los equipos estaban en carretera de 17 a 18 días por mes, visitando algunos 15 ayuntamientos en 3 o 4 condados distintos, operando a menudo en condiciones rudimentarias y con mal tiempo. No obstante, las unidades

realizaron más o menos un 5% del total de inserciones de DIU cada año. En cuatro años, las unidades efectuaron más de 65.000 inserciones y más de 4.000 vasectomías y capacitaron a 2.500 médicos rurales. Este impresionante desempeño se atribuyó a la vigorosa administración desde arriba, al uso de personal de tiempo completo, a los generosos salarios, a la contratación de médicos jóvenes dedicados recién graduados de la escuela de medicina y al trabajo de avanzada con las autoridades locales.

Evaluación e investigación

El programa coreano fue afortunado al establecer una operación de evaluación e investigación excepcionalmente rica. Un equipo especial de evaluación empezó su trabajo en 1965 con apoyo de donantes y más tarde con asesores técnicos residentes. El equipo procesó el flujo de cupones de pago que entregaban los médicos para el reembolso, el cual contenía la información básica sobre las adoptantes de DIU y de vasectomías. El equipo efectuaba también una serie regular de encuestas nacionales sobre conocimiento, actitudes y prácticas, encuestas de seguimiento de uso de DIU y posteriormente encuestas de seguimiento de uso de píldoras. En los informes principales sobre estas encuestas, cuyos autores eran los consultores locales, se presentaban los hallazgos, se publicaban resúmenes en revistas internacionales y se presentaban en conferencias. Los dirigentes del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales y la PPFK, como también el personal de paneles asesores y de universidades y agencias interesadas, recibían estos reportes y los utilizaban para ayudar a realizar ajustes periódicos al programa de campo. Grupos de investigación en la Universidad Nacional de Seúl dirigidos por el doctor E. Hyock Kwon y en la Yonsei University dirigidos por el doctor Jae Mo Yang contribuyeron con numerosos estudios y experimentos que ayudaron a la toma de decisiones sobre modificaciones al programa. Para finales de 1967, habían aparecido cerca de 50 informes sobre la experiencia coreana escritos localmente o por académicos extranjeros interesados.

Medidas que no se tomaron

El programa coreano fue uno de los más fuertes internacionalmente, pero no utilizó todas las medidas antinatalistas y pudo ser más fuerte. A semejanza de la mayoría de los programas, se basó en el paradigma de reducir la fecundidad marital mediante el uso de anticonceptivos, por lo que se omitieron enfoques alternativos.

Primero, el aborto nunca formó parte del programa. De hecho, la anticoncepción llegó eventualmente a ser tan predominante que disminuyeron los embarazos no deseados y también el número de abortos. Sin embargo, el aborto era bien conocido por

el público en general y muchos médicos lo realizaban a un costo relativamente bajo y, aunque era técnicamente ilegal, los procesos judiciales eran mínimos. Dos intentos de legalizar el aborto, uno en 1963 y otro en 1964, fallaron por falta de apoyo de la administración y del parlamento. Por último, en 1973, se aprobó la Ley de Salud Materno-Infantil que legalizaba el aborto inducido en ciertas condiciones, lo que contribuyó a aliviar las tensiones ocasionadas por el secreto circundante al aborto.

Segundo, los esfuerzos para persuadir a las parejas a casarse más tarde no fueron parte del programa. No obstante, la edad promedio de matrimonio subió rápidamente al ingresar un mayor número de mujeres a la fuerza laboral y muchas a terminar el bachillerato y entrar a la universidad, cuando el movimiento hacia las ciudades se aceleró y la condición de la mujer mejoró en general.

Tercero, tampoco fueron parte del programa al principio los incentivos y desincentivos. Más adelante, empezando a finales de los años setenta, se ofrecieron varios beneficios a las parejas que se acogieran a la esterilización después de tener dos hijos o menos y exenciones tributarias a empresas que ofrecieran servicios de planificación familiar a los empleados. (En adición, se liberó una ley que afectaba la herencia de propiedad por parte de la mujer).

Por último, el programa omitió por necesidad un programa posparto, ya que la mayoría de los nacimientos tenía lugar en el hogar.³ Además, los paramédicos no podían insertar DIU, pues solo los médicos estaban autorizados para ello. La esterilización femenina estuvo esencialmente ausente al principio del programa debido a la carencia de instalaciones clínicas, antes de los días de los procedimientos minilaparoscópicos y laparoscópicos. Se aceptó en buena forma la actividad del sector privado y se permitió libremente la importación de anticonceptivos, pero no hubo mercadeo social en ese tiempo y el programa hizo más bien poco para estimular a las farmacias o almacenes a vender preservativos (las píldoras anticonceptivas solo estuvieron disponibles a fines de la década de 1960).

De modo que pudo haberse hecho más. Sin embargo, ningún programa nacional podía hacerlo todo y tratar de hacer todo al tiempo podría haber sido contraproducente, confuso para la administración y diluir los recursos. En años posteriores se incrementó el programa con componentes adicionales.

3 En 1972, sólo el 13% de los nacimientos ocurrió en hospitales y clínicas, pero para 1998, el 94% de los nacimientos tuvo lugar en esos entornos (Cho, Seo y Tan, 1990).

Importancia de factores culturales e históricos locales

El logro del programa coreano se obtuvo dentro de un contexto de rápido cambio social y económico. Los observadores han citado numerosas razones para la meteórica ruta coreana que transformó la sociedad en 25 años y llevó a Corea a ser uno de los “tigres asiáticos”. La rápida disminución de la tasa de fecundidad modificó la distribución de edades del país y liberó recursos para las inversiones de las familias y la inversión nacional. La inyección de capital en forma de ayuda extranjera, especialmente de Estados Unidos, junto con capital adicional de donantes y empresas ayudó también. El intenso enfoque en el desarrollo por parte de un nuevo gobierno, que fijó objetivos en cada sector, ciertamente energizó a la población en la dirección del cambio. La sensación de amenaza del norte, el legado de la ocupación japonesa, lo compacto de una pequeña península y la memoria de la devastación de la Guerra de Corea contribuyeron al dinamismo de la pujanza para el desarrollo. La asistencia técnica de todo tipo fue extensa, por medio de la planeación económica en los niveles superiores del gobierno, transferencia de destrezas de los soldados estadounidenses a los coreanos y a empleados civiles y la extensa capacitación en el exterior, incluida la de empleados a contrato trabajando en Vietnam. Este fue un tiempo completamente nuevo de oportunidad para la generación más joven.

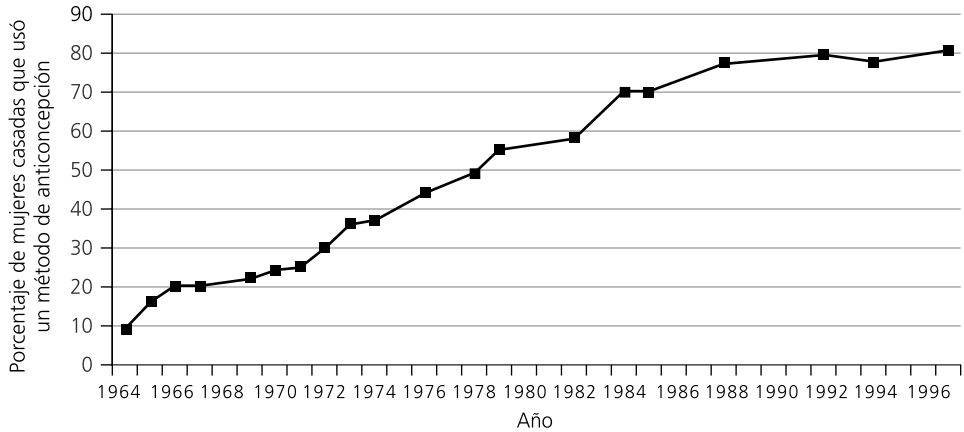
Todo esto tuvo lugar en un contexto en el que la gente ya estaba en gran parte alfabetizada, profundamente comprometida con la educación y dispuesta al sacrificio para adelantar la escolaridad de sus hijos. El país era también homogéneo étnicamente y se hablaba un solo lenguaje. La condición de la mujer, que ya era avanzada en términos de su libertad económica y facilidad de viaje y movimiento, mejoró cuando muchas se vincularon a la fuerza laboral y recibieron educación superior. Quizás un cambio de no menor importancia fue que para finales de los años sesenta la mayoría sabía que podía tener hijos sólo cuando lo deseara.

Resultados

El uso de anticonceptivos aumentó con respecto a su nivel histórico de menos de 10%, como se muestra en una encuesta nacional de 1964, a más o menos un 45% para mediados de la década de 1970 (gráfico 11.1). Su uso llegó a la postre a ser del 80% de las parejas y permaneció consistente.

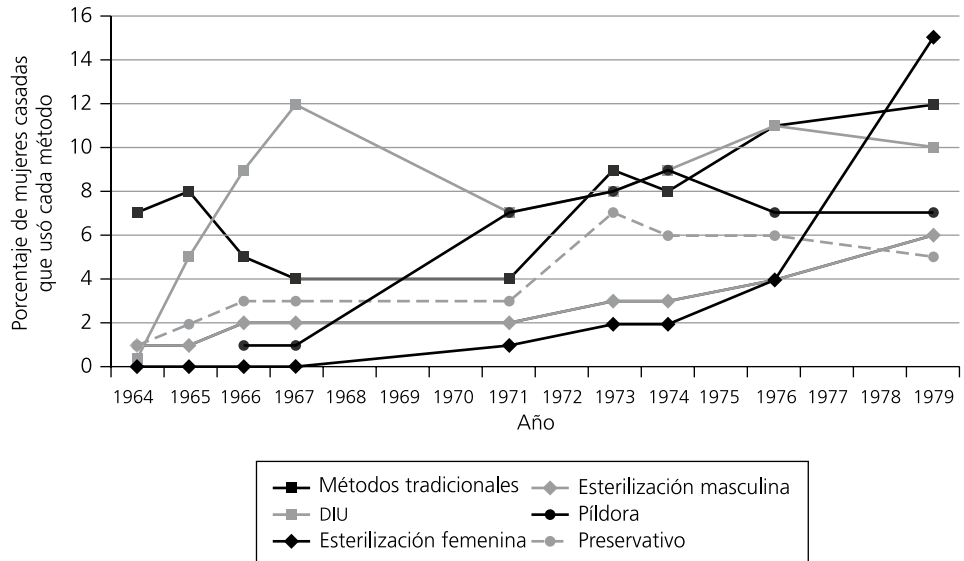
En el primer período del programa, la combinación de métodos anticonceptivos utilizados respondió al énfasis del programa en el DIU (gráfico 11.2). Durante este tiempo, el uso de DIU ganó en términos de porcentaje de parejas que lo usaba y su participación en la mezcla total. Luego, en 1968 se introdujo la píldora para las

Gráfico 11.1 Prevalencia de uso de anticonceptivos: porcentaje de mujeres casadas que usó un método de anticoncepción entre 1964 y 1997



Fuente: Ross, Stover y Adelaja, 2005, cuadro A.1.

Gráfico 11.2 Combinación de métodos anticonceptivos en mujeres casadas, 1964-79



Fuente: Ross, Stover y Adelaja, 2005, cuadro A.1.

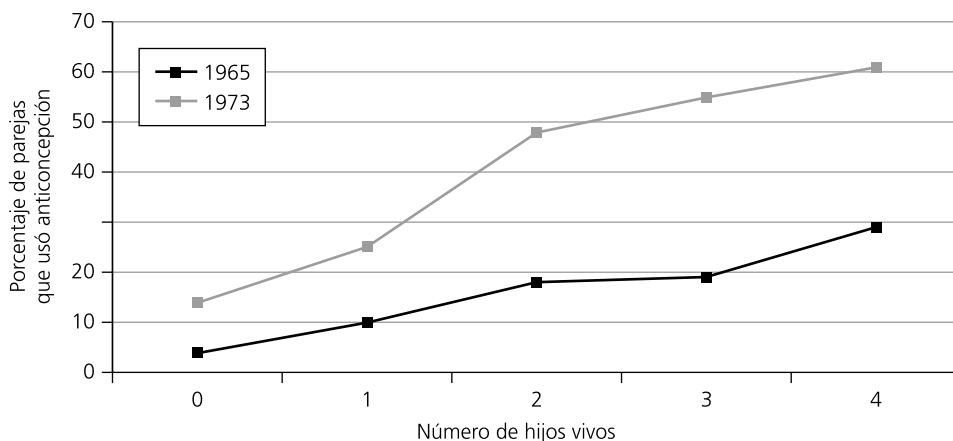
desertoras del DIU y un año después para todas las parejas, y para 1971 había hecho considerables adelantos el DIU. Sin embargo, su importancia se desvaneció posterior-

mente, pues en los años siguientes se desarrollaron métodos más simples de esterilización femenina que el programa estimuló y entonces la esterilización fue el método predominante de anticoncepción.

Otra forma de seguir el aumento en el uso de anticonceptivos es el enfoque en las mujeres por duración del matrimonio. Según una encuesta de 1971 utilizando información retrospectiva, entre las mujeres de cinco a nueve años de casadas en diferentes períodos, apenas el 8% usaba anticoncepción entre 1955 y 1961, pero esta cifra subió al 18% entre 1958 y 1964, al 25% entre 1961 y 1967, y al 39% entre 1964 y 1970. Las cifras para las mujeres de 10 a 14 años de casadas, que por entonces tenían tantos hijos como deseaban o más, mostraron también un pronunciado aumento, desde 32% entre 1955 y 1961, hasta un 72% entre 1964 y 1970 (Foreit, 1982).

Una alternativa es la de seguir el uso de anticonceptivos según el número de hijos. El gráfico 11.3 muestra que entre 1965 y 1973, el porcentaje de parejas que usó la anticoncepción alguna vez aumentó significativamente, siendo mayor el aumento a más número de hijos. Esto fue notable aun en las parejas con sólo dos hijos, para las que el porcentaje aumentó de 18% a 48%.

Gráfico 11.3 Porcentaje de parejas que usó anticoncepción, según número de hijos vivos, 1965 y 1973



Fuente: Ross y Koh, 1975, 26.

Estos cambios fueron particularmente evidentes en la generación más joven. Su tamaño ideal de familia venía declinando, a pesar de la continua preferencia por hijos varones. De hecho, en las esposas de entre 20 y 29 años de edad, el porcentaje que respondió que el ideal era de tres hijos o más cayó de más de 30% en 1965 a 13% en

1973. Al mismo tiempo, el porcentaje que respondió que el ideal era de cuatro hijos cayó de 27% a 10%. Para 1973, el 40% de las que tenían dos hijos respondió que no quería tener más.

El programa proporcionó suministros y servicios a las zonas rurales en particular, donde los anticonceptivos eran casi desconocidos. De hecho, asignó sus recursos y personal en desproporción a las zonas rurales, donde los niveles educativos eran inferiores a los de las zonas urbanas. El uso de anticonceptivos en los grupos con menor nivel educativo aumentó con mayor rapidez que en los grupos con más nivel educativo, reduciendo así los diferenciales entre grupos a medida que avanzaba el uso general. Por ejemplo, de 1965 a 1973, el porcentaje de mujeres casadas de entre 30 y 39 años de edad con educación inferior a primaria que había usado anticoncepción alguna vez aumentó agudamente de 20% a 53%, en comparación con un aumento más pequeño de 54% a 72% para las mujeres casadas de la misma edad que tenían por lo menos educación media. Así, el énfasis del programa en los grupos más desfavorecidos de la población les ayudó a aventajar más. El uso del aborto aumentó entre 1965 y 1973 en los distintos grupos de edad y tamaño de familia. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres casadas de entre 20 y 29 años de edad que tuvo al menos un aborto aumentó de 6% a 16% y de 15% a 36% en las mujeres de entre 30 y 39 años de edad. Dentro de cada grupo de edad, el porcentaje de aborto al menos una vez aumentó generalmente según el número de hijos vivos también. Esto reflejó rápidos cambios sociales y también retrasos en el uso de anticonceptivos. Los métodos anticonceptivos disponibles no eran factibles para todos y era especialmente probable que las fallas de los anticonceptivos terminaran en aborto, que estaba ampliamente disponible y no era costoso. Más tarde, la adición de la píldora y la esterilización femenina ayudaron a cambiar estos problemas y las tasas de aborto empezaron a disminuir.

Enseñanzas

La experiencia de Corea fue importante porque ocurrió prontamente y con fuerte difusión de esa experiencia a otros países. El flujo de visitantes a Corea fue inmenso, pues representaban dos casos principales que mostraron cómo podían funcionar los programas exitosos. Unos 150 visitantes por año provenían de países en desarrollo de todo el mundo y cada visitante permanecía alrededor de una semana haciendo las rondas del programa de campo y de varios proyectos piloto universitarios en zonas rurales y urbanas. Un flujo de informes de conferencias y publicaciones documentó la experiencia y los resultados y estableció un registro permanente para las audiencias internacionales. Desde luego no todos los resultados fueron positivos: un golpe mayor fue el descubrimiento de que en un programa masivo las tasas de continuidad

del DIU estuvieron significativamente por debajo de las de los primeros ensayos clínicos y que a pesar de los grandes números de adoptantes anualmente, la cantidad de usuarias de DIU se niveló al aumentar el número de deserciones e igualar el número de nuevas adopciones anuales. En forma semejante, el uso de cada método de resuministro finalmente se niveló. Este descubrimiento obligó a una revisión del número anual de usuarios requerido para cumplir los objetivos del plan.

En el lado positivo, el programa de Corea, junto con programas tempranos, como los de Tailandia, desmintieron mucho pesimismo sobre el potencial de cambio en algunas sociedades tradicionales. El programa de Corea demostró lo siguiente:

- El DIU, la píldora y la esterilización podían ser aceptables para una población rural y pobre.
- Una inversión del pronatalismo cultural podía manejarse con un respaldo de alto nivel y educación pública.
- Una asociación privada de planificación familiar podía colaborar con el gobierno y fortalecer mucho los esfuerzos del gobierno.
- El nivel de fecundidad podía disminuir rápidamente como resultado de una combinación de las influencias del programa y las externas a él, ayudando el programa a estimular el sector médico privado y las ventas comerciales.
- El uso de la píldora podía implementarse a escala masiva y sería aceptable (aun con la píldora de dosis mayor de los años sesenta).
- Una nueva creación del cambio de comportamiento, el programa nacional de planificación familiar, era viable y podía ayudar a modificar el clima en relación con las actitudes y prácticas reproductivas. Podía eliminar la ignorancia pluralista de lo que otros hacían, legitimando el uso de los nuevos métodos anticonceptivos.

La experiencia coreana reaseguró también a programas de otros países de que ciertos componentes de campo eran factibles y efectivos. Entre ellos estaban el uso amplio de los medios masivos, el uso de personal de campo que realizaba los contactos personales mediante visitas a domicilio y reuniones grupales, la provisión de acceso a todos los métodos anticonceptivos entonces disponibles, la mejora en los servicios de salud materno-infantil y el uso del sector médico privado. Éstos, sin embargo, dependían de los siguientes componentes fundamentales:

- Un objetivo ambicioso del programa que formara parte del plan de desarrollo económico a largo plazo.

- Un sistema de objetivos de logros estrechamente controlados adaptable en el tiempo.
- Un sistema de gestión dual dentro de los ministerios de Salud y Asuntos Sociales y de Asuntos Internos apoyado por un equipo fuerte de evaluación e investigación.
- Asignaciones presupuestales del gobierno central y fondos correspondientes de los gobiernos locales.
- Un fuerte y continuo compromiso político del presidente, el primer ministro, la Junta de Planeación Económica y el Ministerio de Finanzas.
- El papel activo de la PPFK en la movilización de líderes de opinión y grupos académicos, y ofreciendo asistencia crítica para apoyar el programa del gobierno.

Desarrollos después de 1975

Como se mostró en el gráfico 11.1, el uso de anticonceptivos presentó una fuerte tendencia hacia arriba hasta un nivel estable del 80%. El programa experimentó una serie de modificaciones en los años ochenta utilizando incentivos de varias clases para estimular la esterilización y hacer énfasis en la familia de dos hijos y aun la de un hijo. Eventualmente, al caer la tasa de fecundidad bien por debajo del nivel de reemplazo, el gobierno invirtió en forma gradual el curso para adoptar una política pronatalista en interés de una estructura de edad más ventajosa y una protección contra las necesidades de fuerza laboral a largo plazo. En ese tiempo, los efectos del programa habían actuado en concierto con la transformación de la economía coreana, dando como resultado estándares de vida muy mejorados y una revolución en el comportamiento reproductivo que mejoró la salud de la mujer y redujo las muertes de madres e hijos.

Referencias

- Cha, Youn Keun. 1966. "South Korea." En *Family Planning and Population Programs: A Review of World Developments*, ed. Bernard Berelson, Richmond K. Anderson, Oscar Harkavy, John Maier, W. Parker Mauldin y Sheldon Segal, 21–30. Chicago: University of Chicago Press.
- Cho, Nam Hoon y Hyun Oak Kim. 1992. *An Overview of the National Family Planning Program in Korea: A Summary Explanation*. Seúl: Korea Institute for Health and Social Affairs, 19–26.
- Cho, Nam Hoon, Sae Kwon Kong y Jong Kwon Lim. 1984. "Recent Changes in Contraceptive Use and Fertility in Korea." *Journal of Population and Health Studies* 4 (2): 63–79.

- Cho, Nam Hoon, Moon Hee Seo y Boon Ann Tan. 1990. "Recent Changes in the Population Control Policy and Its Future Directions in Korea." *Journal of Population, Health, and Social Welfare* 10 (2): 152–172.
- Foreit, James R. 1982. "The Transition in Korean Family Planning Behavior 1935–1976: A Retrospective Cohort Analysis," *Studies in Family Planning*, 8 (9): 227–36.
- Han, Dae Woo, George C. Worth, Eung Ik Kim, Thomas Bacon y Stanley Hudson. 1970. *The Republic of Korea*. Country Profiles Series. Nueva York: Population Council.
- Kim, Taek Il y Syng Wook Kim. 1966. "Mass Use of Intra-Uterine Contraceptive Devices in Korea." En *Family Planning and Population Programs: A Review of World Developments*, ed. Bernard Berelson, Richmond K. Anderson, Oscar Harkavy, John Maier, W. Parker Mauldin y Sheldon Segal, 425–32. Chicago: University of Chicago Press.
- Kim, Taek Il, John A. Ross y George C. Worth. 1972. *The Korean National Family Planning Program*. Nueva York: Population Council.
- Kwon, Tai Hwan. 1982. "Exploring Sociocultural Explanations of Fertility Transition in Korea." Manuscrito inédito, Seúl.
- Ross, John A. y Kap Suk Koh. 1975. "Transition to the Small Family: a Comparison of 1964–1973 Time Trends in Korea and Taiwan." En *Population Change in the Pacific Region*, ed. Yunshik Chang y Peter J. Donaldson, 121–39. Vancouver, Canadá: Pacific Science Association.
- Ross, John A., John Stover y Demi Adelaja. 2005. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs: 116 Countries*, 2nd ed. Glastonbury, CT: Futures Group.
- Watson, Walter B., ed. 1977. *Family Planning in the Developing World: A Review of Programs*. Nueva York: Population Council.

12

Hong Kong: evolución del programa de planificación familiar*

Susan Fan

Orígenes

El movimiento de planificación familiar en Hong Kong empezó en junio de 1936, cuando se fundó la Hong Kong Eugenics League (Liga de Eugenesia de Hong Kong) con el profesor W.C.W. Nixon como presidente y Ellen Li como secretaria honoraria. En palabras del profesor Gordon King, quien más tarde fue presidente y director de la Asociación de Planificación Familiar de Hong Kong (Fpahk, por sus iniciales en inglés), “la Liga se formó en gran parte como resultado de una visita de esa maravillosa pionera del movimiento del control de la natalidad, la señora Margaret Sanger” (Fpahk, 1975, p. 4). La Liga se afilió a la International Birth Control League (Londres y Nueva York), la National Birth Control Association (Londres) y la Birth Control Clinical Research Bureau (Nueva York). Estas organizaciones eventualmente se convirtieron en la Planned Parenthood en Estados Unidos y la Family Planning Association en el Reino Unido.

La Liga empezó su trabajo con una sola clínica en el Violet Peel Maternity and Child Welfare Centre. Posteriormente estableció clínicas en Kowloon y en el Tsan Yuk Hospital. En 1940, operaba cinco clínicas con un personal de varias médicas y enfermeras de tiempo parcial. La ocupación japonesa en la Segunda Guerra Mundial hizo que la Liga terminara su trabajo. En ese tiempo la población de Hong Kong se estimaba en 1,6 millones de habitantes, pero en los años de la guerra hubo mucha deportación forzada y hambre y para el fin de aquélla en 1945 sólo quedaba la tercera parte. Con la liberación de Hong Kong regresó mucha gente y siguió un período de rápido crecimiento. Para 1950, la población había aumentado a aproximadamente 2,36 millones de habitantes y se presentaba escasez de vivienda, intensa sobrepoblación y pobreza generalizada.

* Este capítulo se ha adaptado de Fan (2002) y se utiliza con permiso.

Obviamente había mucha necesidad de planificación familiar, y en marzo de 1950 los miembros restantes de la antigua Liga se reunieron para considerar el problema. Decidieron cambiar el nombre por el de Fpahk y en septiembre de 1950 hicieron planes para reabrir la clínica de planificación familiar en el Violet Peel Maternity and Child Welfare Centre. Desde entonces, el trabajo de la Fpahk siguió en expansión.

El movimiento internacional de planificación familiar

En noviembre de 1952, se estableció la Federación Internacional de Planificación de la Familia en una conferencia internacional en Bombay. King, como primer director de la Fpahk, representó a la Asociación en la conferencia a la que asistieron casi 500 delegados de 14 países, casi todos pioneros del movimiento de planificación familiar. Los miembros fundadores de la federación fueron Hong Kong, la República Federal de Alemania, Holanda, India, Singapur, Suecia, el Reino Unido y Estados Unidos.

Las primeras clínicas

La Fpahk continuó su trabajo en una clínica ofreciendo servicios dos veces por semana. Debido a la falta de fondos, los servicios dependían en gran parte de voluntarios con interés social: de los 41 trabajadores de la clínica en 1951, 40 eran voluntarios. En el primer año, la clínica recibió 1.655 nuevos clientes, cuya edad promedio era de 35 años, su número promedio de hijos sobrevivientes de 6,8 por familia y su ingreso promedio de sólo US\$150 al mes. En los años siguientes se abrieron clínicas en Kowloon y más tarde en los Nuevos Territorios. El recuadro 12.1 presenta una cronología de los eventos principales.

En 1955, la Fpahk se convirtió a sociedad anónima, de forma que estuvo en capacidad de poseer tierra y edificios. El gobierno le otorgó un terreno en Hennessy Road, Wanchai, y el Jockey Club donó US\$125.000 para cubrir los costos de construcción. En este año también el gobierno le otorgó a la Fpahk una pequeña donación de HK\$ 5.000 (unos US\$640 en ese tiempo), lo que fue un gran paso para la asociación. En octubre de 1956, Lady Grantham inauguró el primer edificio de la Fpahk y sus nuevas oficinas principales. En 1960, se inauguró el segundo centro en Kowloon, seguido del Yuen Long Centre en los Nuevos Territorios en noviembre de 1973.

De 1961 a 1963 operó una clínica móvil, visitando mujeres campesinas. Ofreció servicios clínicos y se utilizó en conexión con programas educativos y de trabajo social. Otro proyecto fue el de las clínicas flotantes, lanzado en 1966, en el que miembros del personal de Fpahk viajaban en las dos clínicas de salud flotantes para visitar islas y aldeas remotas. Se abrieron más clínicas en áreas de reasentamiento y desarro-

Recuadro 12.1 *Cronología de actividades de planificación familiar*

- 1950: Se reorganiza la Liga de Eugenesia, fundada en 1936, y se le denomina Fpahk. Se ofrecen servicios de control natal.
- 1952: Se crea la Federación Internacional de Planificación de la Familia siendo Hong Kong uno de sus miembros fundadores.
- 1955: El gobierno inicia su apoyo a las actividades de la Fpahk. Empieza el trabajo de campo por medio de la motivación persona a persona.
- 1956: Se inaugura la Clínica de Subfecundidad.
- 1964: La Federación Internacional de Planificación de la Familia inicia su apoyo con donaciones.
- 1967: Se realiza la primera encuesta en todo el territorio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en planificación familiar. Se introduce la educación sobre la sexualidad.
- 1974: El Departamento de Medicina y Salud del gobierno incorpora las 32 clínicas de control natal de la Fpahk a sus centros de salud materno-infantil.
- 1975: Se lanza la consigna de “Dos es suficiente”.
- 1976: Se introduce la esterilización por ‘minilaparotomía’.
- 1978: Se crea el servicio de asesoría para los jóvenes. Se inaugura el primer club femenino.
- 1979: Se introduce una operación de interrupción de embarazos. Se configura un servicio de chequeo médico premarital. Se establecen clínicas de planificación familiar en los campos de refugiados vietnamitas.
- 1981: Se introduce un servicio de inseminación artificial. Se realiza un estudio de jóvenes de edad escolar que posteriormente se desarrolla como estudio de sexualidad juvenil.
- 1986: Se establece el primer centro de servicios de salud para los jóvenes. Se lanza la campaña de “Sé un Mr. Able (señor capacitado) en planificación familiar”.
- 1987: El servicio de paquete premarital que incorpora un componente educativo reemplaza el servicio de chequeo médico premarital.
- 1988: Las oficinas principales de la Fpahk se trasladan a su sede actual en Wanchai y se inauguran oficialmente en 1989.
- 1991: Se inicia el sistema de información para la administración computarizado para los clientes.
- 1992: Se lanza la campaña de salud para la mujer. Se introduce el servicio de chequeo ginecológico.
- 1996: Se lanza la campaña de educación sexual para la familia.
- 1998: La clínica móvil entra en operación. Empieza el servicio preparatorio de preembarazo. Se inicia un proyecto de tres años de educación e información para mujeres recién llegadas de China continental.

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 12.1)

- 1999: Se introduce el servicio de atención a la menopausia.
Se inaugura la biblioteca móvil para educación sexual a nivel comunitario.
- 2000: La Fpahk celebra su 50° aniversario.
- 2001: Se publican los hallazgos de la primera encuesta de salud masculina.
Se inaugura la clínica Well-Men (Hombres Sanos)
- 2002: Se introduce la consejería sobre citas, matrimonio y sexo.
- 2003: Se inaugura la Clínica de Enfermedades Cervicales.
Se introduce el primer curso de capacitación sobre toma de pruebas de Papanicolaou para apoyar el programa de tamizado cervical del gobierno en todo el territorio.
- 2004: Tienen lugar el primer Programa de Educación Continuada de Enfermería en Salud Sexual y Reproductiva y el primer Programa de Educación Continuada de Medicina para médicos no especialistas.

llo de vivienda de familias de bajos ingresos. En su punto máximo de actividades, la Fpahk tenía un total de 62 clínicas distribuidas por todo el territorio.

Apoyo comunitario

El programa se basaba en un espíritu de autoayuda y un sentido de responsabilidad social, especialmente en la comunidad médica, grupos femeninos y dirigentes importantes. Inicialmente prestaron los servicios los médicos y enfermeras voluntarias (y una enfermera de tiempo parcial). Los miembros voluntarios de la asociación emprendieron también el trabajo administrativo necesario. Sólo hasta 1957 se empleó a una secretaria de tiempo completo para manejar la correspondencia general y realizar labores administrativas. En 1961, Peggy Lam se vinculó a la Fpahk como secretaria ejecutiva y luego como directora de información, educación y comunicación. Para ese tiempo, la Fpahk tenía 55 empleados, cantidad que creció a más de 200 en 1973. Había evolucionado de una pequeña organización voluntaria a una gran organización no gubernamental, reconocida y respetada en el ámbito internacional y profundamente arraigada en la comunidad.

Durante sus primeros años, la Fpahk se financió principalmente con donaciones y suscripciones. En 1955 recibió su primera donación del gobierno por HK\$5.000, que aumentó gradualmente llegando a US\$1,65 millones en 1974. La segunda fuente mayor de fondos fue la Federación Internacional de Planificación de la Familia; otras organizaciones internacionales y locales también donaron fondos. Debido a la donación del gobierno y a varias otras, la Fpahk pudo ofrecer servicios a bajo costo. Las

clientes sólo pagaban una tarifa de registro nominal para asistir a la clínica y podían comprar anticonceptivos a precios económicos.

Comunicación y publicidad

La cultura china tradicional siempre ha favorecido a familias grandes. En los primeros días de la Fpahk, muchas personas rechazaron la idea del control natal, pero a la postre Hong Kong llegó a jactarse de tener una de las más altas tasas de predominio de uso de anticonceptivos en el mundo. Gran parte de este cambio en la percepción y aceptación pública fue atribuible a las intensas y extensas actividades públicas educativas de la asociación, como resultado de las cuales la planificación familiar se hizo respetable y se reforzaron nuevas actitudes. Con los años utilizó casi todos los canales de comunicación disponibles para llegar al público. Los primeros en utilizarse fueron los medios impresos. La Fpahk produjo folletos y panfletos ilustrados y los distribuyó sin costo. De vez en cuando aparecieron también anuncios en periódicos y artículos. La radio fue otro de los medios más comunes antes de la llegada de la televisión. Anuncios, charlas, dramas radiales, canciones y entrevistas fueron radiodifundidos en varios canales y llevaban los mensajes de la asociación a los hogares.

Con la mayor popularidad del cine, la pantalla pudo llegar a una gran audiencia. Un teatro local produjo y donó una presentación de diapositivas y, en 1961, la Fpahk produjo su primera película, *A History of Two Families (Historia de dos familias)*, a cuya inauguración asistieron representantes de departamentos del gobierno, asociaciones Kai Fong (grupos comunitarios de vecinos) y otras agencias de bienestar. La asociación continuó la elaboración y compra de películas y adquirió una filmoteca grande con más de 100 títulos que prestaba al público. Cortos publicitarios se presentaron en las salas de cine y después en televisión.

Otro medio publicitario fue el de las carteleras en el muelle del Star Ferry y en fábricas, centros de bienestar, desarrollos de vivienda y otros lugares públicos. La Fpahk participó también en numerosas exhibiciones y presentaciones que organizó con otras entidades en varios centros comunitarios. También mantuvo en operación un puesto en la Feria de Productos de Hong Kong, desde 1960 hasta 1974, cuando la Chinese Manufacturers' Association cesó de organizar la exhibición.

En adición, la Fpahk celebró eventos publicitarios a gran escala y campañas cada año. Entre ellos había concursos sobre escritura de ensayos, costura, fotografía, dibujo, diseño de afiches y composición de consignas y una encuesta telefónica. Dichas actividades promovieron el conocimiento de la Fpahk, generaron interés y estimularon la participación.

Trabajo de campo y visitas domiciliarias

Desde el principio, la Fpahk adoptó la estrategia de difundir el concepto de planificación familiar mediante el contacto persona a persona. En 1955, la primera trabajadora social de la asociación empezó a visitar hogares para motivar a mujeres de paridad alta a la práctica de la anticoncepción. Para 1965, la asociación empleaba 20 trabajadores de campo, cantidad que subió a 55 en 1971. El trabajo no fue fácil en aquellos primeros días. Las puertas se cerraban al llegar los trabajadores de campo, los perros les ladraban y debían viajar a los distritos rurales y subir colinas para visitar chozas precarias. Con todo, a través de su perseverancia y compasión, los trabajadores de campo pudieron superar la sospecha, la superstición y la ignorancia de muchas mujeres, en especial las de poca educación y bajos ingresos.

El trabajo de campo se realizaba en hogares de maternidad y clínicas de posparto y, en un adelanto creativo, también en las oficinas de registros de matrimonio y nacimiento. Los formularios de remisión eran enviados a varias agencias sociales de modo que pudieran remitir las mujeres que necesitaban orientación especial sobre temas de planificación familiar a los trabajadores de campo, quienes las visitarían más tarde.

En 1974, la Federación Internacional de Planificación de la Familia inauguró un nuevo proyecto sobre distribución de anticonceptivos con base en la comunidad, que adoptaron ampliamente sus miembros, inclusive Hong Kong. La información sobre planificación familiar se difundió a la población rural y se colocaron anticonceptivos en las tiendas de las aldeas, que servían de depósitos. Los trabajadores de campo podían vender anticonceptivos en el sitio a mujeres que decidieran usarlos y ellas podían obtener suministros posteriores en las tiendas locales. Por dichos medios, se hizo convenientemente accesible la anticoncepción a la población rural.

Servicio de información sobre la vida matrimonial

Li, miembro fundadora y anterior presidenta de la Fpahk, quien contribuyó al movimiento de planificación familiar por más de 60 años, inició una clínica de guía matrimonial en 1959, donde trabajó como su primera consejera por varios años. El servicio ofrecía guía sobre la vida marital con énfasis en la preparación de parejas jóvenes para el matrimonio y la vida sexual. La clínica enviaba folletos a las parejas inscritas en el registro de matrimonios para estimularlas a recibir asesoría, y un número creciente de parejas respondió y recibió ayuda para resolver problemas maritales y para adoptar la anticoncepción. En 1966, Li fue la primera mujer de Hong Kong en ser nombrada como consejera legislativa, y pronto aprovechó la oportunidad para liderar la causa de la planificación familiar en la legislatura del territorio, solicitando

la formulación de una política de población y cambios a las regulaciones existentes que discriminaban a la mujer.

De la educación sobre la vida familiar a la educación sobre la sexualidad, 1967-75

En 1967, con una donación del American Friends Service Committee, la Fpahk se dio a la tarea de desarrollar materiales de lo que denominó educación sobre la vida familiar (FLE, por sus iniciales en inglés). En aquellos días, la palabra “sexo” era tabú y el término educación sexual rara vez se utilizaba abiertamente. En cambio, el título relativamente inocuo de FLE fue acogido ampliamente. El primer trabajo se centró en encontrar y recopilar materiales de recursos y adaptar o traducir literatura extranjera para el uso local.

Uno de los principales logros fue la redacción de un resumen sobre FLE para su uso en los colegios de primaria, y en 1975 se incluyó también a los de secundaria. Con el empleo de un funcionario para la FLE en 1970, la asociación expandió mucho el alcance de su trabajo en este campo. Se dieron charlas sobre cambios físicos y psicológicos en la pubertad, relaciones familiares, reproducción humana y sexualidad, y relaciones entre adolescentes, como citas y cortejos en los colegios de primaria y secundaria, universidades y en colegios para jóvenes con problemas físicos y mentales.

Utilizando un enfoque de “entrena al entrenador”, la Fpahk realizó seminarios y programas de capacitación certificada para maestros y trabajadores sociales con el fin de ayudarlos a realizar FLE y responder preguntas de sus estudiantes y clientes. Los programas de FLE también se televisaron y transmitieron por radio, además se imprimieron columnas en periódicos regularmente para responder las numerosas preguntas de los lectores.

La educación de la población era un concepto nuevo en el tiempo que lo promovió la Fpahk. Auspició el primer “Seminario sobre educación de la población” en 1973, subrayando los mensajes de concientización de la población y ciudadanía responsable. Los maestros participantes estuvieron de acuerdo por unanimidad en que debía introducirse la educación de la población en los colegios de secundaria, pero todos se sentían en desventaja por la falta de materiales sobre la materia. La Fpahk tomó nuevamente la iniciativa produciendo un folleto informativo sobre la naturaleza, alcance y fundamento de la educación en población, para su circulación entre los maestros y quienes trabajaban con jóvenes. Preparó también el *Teacher's Handbook on Population Education (Manual del maestro sobre educación en población)* para la enseñanza en el salón de clases en conjunto con el nuevo resumen de estudios sociales del Departamento de Educación para colegios de secundaria.

En 1975, la asociación había adquirido una impresionante colección de materiales audiovisuales sobre FLE y educación de la población, que incluía películas, diapositivas, gráficos, transparencias, cintas, publicaciones periódicas y libros. Sus propias publicaciones incluían panfletos, folletos y un boletín de noticias con una amplia red de distribución. En 1972, la Fpahk organizó una biblioteca de referencia para archivar de manera sistemática estos materiales para su rápido acceso por los miembros del personal, estudiantes, académicos, miembros de los medios y el público.

Investigación y seguimiento

En adición a mantener un sistema extenso de registros sobre clientes y servicios, la Fpahk efectuó una serie de encuestas durante varios años. La primera, en 1967, reveló que el 44% de las parejas en las que la esposa era menor de 45 años ya utilizaba la anticoncepción. Esta cifra subió a 54% en 1972 y a niveles progresivamente mayores en la década siguiente, siendo los principales métodos utilizados la esterilización femenina y la píldora. El sistema regular de mantenimiento de registros incluía la edad y la paridad de las mujeres que adoptaron la anticoncepción en las clínicas e ilustraba las tendencias que mostraron el movimiento hacia la adopción de la anticoncepción por parte de parejas más jóvenes con menos hijos. La familia de dos hijos se estaba convirtiendo en la norma.

En una serie de estudios de la Fpahk con la Universidad de Michigan se mostró que la mayor parte (80%) de la caída en la tasa de natalidad entre 1961 y 1965 fue atribuible a cambios en la edad y distribución marital de la población, y el 20% a reducciones en las tasas de fecundidad dentro de grupos específicos de edad de mujeres casadas (tasas maritales específicas por edades) (Freedman y Lee, 1989). Sin embargo, entre 1965 y 1968, cuando la tasa de natalidad decayó con mayor rapidez, el mayor uso de anticoncepción tuvo un papel importante, reflejando la introducción de la asociación del recién inventado dispositivo intrauterino (DIU) y también la considerable actividad de las farmacias y los médicos privados.

La declinación en la tasa de fecundidad en Hong Kong generó considerable interés internacional pues su experiencia tuvo paralelos interesantes con otras poblaciones asiáticas que estaban experimentando bajas en la fecundidad durante el mismo período y por algunas de las mismas razones (Coale y Freedman, 1993). Hong Kong llegó al nivel de fecundidad de reemplazo de aproximadamente 2,1 hijos por mujer en 1979 (Freedman y Lee, 1989) y el uso de anticonceptivos subió finalmente al 80% de las parejas.

Diversificación para satisfacer las necesidades cambiantes, años setenta

Aunque el presente trabajo trata principalmente sobre los primeros años formativos de los programas de la planificación familiar en gran escala hasta mediados de los años setenta, en Hong Kong ocurrieron cambios importantes de allí en adelante. Los años setenta anunciaron un cambio en el enfoque del trabajo de la Fpahk. El gobierno, reconociendo la importancia de la planificación familiar, empezó a absorber las clínicas de planificación familiar hacia sus centros de salud materno-infantil. Para 1975, la asociación había traspasado 32 clínicas al gobierno, pero continuó operando otras 26. Entre tanto, la Fpahk había establecido también unas pocas clínicas especiales para vasectomía, orientación y consejería sobre matrimonio y subfecundidad. Se configuró una línea telefónica de respuestas y, en 1973, se cambió el número al 722222, que era fácil de recordar y la serie de dos significaba que el ideal era tener dos hijos por familia. Se introdujo un programa de planificación familiar de posparto y se alentó a las mujeres a utilizar la anticoncepción después del parto para espaciar sus embarazos. Se agregó la esterilización femenina, ofreciéndose tanto minilaparotomía como culdoscopia. En 1979, se agregó un servicio de interrupción de embarazo que incluía consejería tanto antes como después del procedimiento. Con su tradición de servicios pioneros para satisfacer las necesidades cambiantes de la comunidad, la asociación ya no restringió su alcance al control de la natalidad, sino que activamente se diversificó a otros campos relativos a la atención de la salud sexual y reproductiva.

En los años siguientes se desarrollaron otros servicios especializados para atender las necesidades de varios sectores de la comunidad. Se agregaron los servicios de consejería para los jóvenes y servicios clínicos para jóvenes solteros. Se creó un servicio de chequeo premarital que ofrecía pruebas de laboratorio y seminarios educativos que utilizaron más de 150.000 personas entre 1979 y 1990. Se estableció un servicio de consejería por traumas, prevención de embarazo y pruebas de enfermedades para ayudar a las víctimas de violación. Se crearon servicios especiales para discapacitados, enfermos mentales y sordos. También se prestó servicio a trabajadores inmigrantes vietnamitas y a nuevos residentes que llegaron del continente después de 1997 al recuperar China la soberanía de la isla.

La Fpahk celebró sus 25 años en 1975. Durante este tiempo la asociación había servido a más de 400.000 nuevos clientes, con una asistencia total de más de 3 millones de visitas. A principios de los años setenta, traspasó exitosamente la responsabilidad del grueso de los servicios rutinarios al gobierno, transición que había ocurrido también en otros lugares cuando el primer período innovador llevó a un gran volumen de usuarias de anticonceptivos y extensas cargas administrativas. El papel de la organización había evolucionado con el tiempo: en los primeros años de la posgue-

rra, el enfoque estuvo en prestar servicios accesibles y económicos de control natal, que contribuyeron a lograr una tasa de crecimiento de la población relativamente estable. En los años siguientes, la asociación agregó programas sobre educación sexual, sexualidad de los jóvenes y salud de la mujer. Por último se ocupó en una variedad de actividades que comprendió servicios clínicos, difusión de información y educación para llegar a un amplio segmento de la comunidad desde los jóvenes, pasando por las parejas premaritales, hasta mujeres en edad reproductiva. La consigna de “Dos es suficiente”, introducida en 1975, se incrustó profundamente en la mente de la gente. Las encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas continuaron cada cinco años mostrando que el tamaño promedio ideal de la familia y el real habían disminuido, de 3,2 y 3,3 respectivamente en 1972, a 2,1 ambos en 1981. Con su gran base clínica de clientes, la asociación estuvo en una posición única para realizar ensayos sobre métodos nuevos de regulación de fecundidad, incluyendo una píldora de dosis baja, un DIU hormonal y, notablemente, la anticoncepción de emergencia en colaboración con el departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Hong Kong.

En la celebración se reconoció el trabajo de algunos de los distinguidos pioneros voluntarios, incluida Li, quien era presidenta de la asociación en ese tiempo, y Laura Li, quien había llegado a la asociación en 1952 y ascendido a varias posiciones, incluidas las de directora y presidenta antes de retirarse en 1980, pero continuando como benefactora de la asociación. Para la Fpahk fue muy importante celebrar sus 25 años de labores en 1975, puesto que ese año fue declarado el Año Internacional de la Mujer.

Referencias

- Coale, Ansley J. y Ronald Freedman. 1993. “Similarities in the Fertility Transition in China and Three Other East Asian Populations.” En *The Revolution in Asian Fertility: Dimensions, Causes, and Implications*, ed. Richard Leete y Iqbal Alam, 208–38. Oxford, R.U.: Clarendon Press.
- Fpahk (Family Planning Association of Hong Kong). 1969. *Hong Kong. Country Profiles Series*. Nueva York: Population Council.
- _____. 1975. *The Family Planning Association of Hong Kong Silver Jubilee*. Hong Kong: Fpahk.
- Fan, Susan. 2002. “The Family Planning Association of Hong Kong: Half a Century of Voluntarism Dedicated to Sexual and Reproductive Health.” *Hong Kong Journal of Gynaecology Obstetrics and Midwifery* 3 (1): 2–16.
- Freedman, Ronald y Joseph Lee. 1989. “The Fertility Transition in Hong Kong: 1961–1987.” Research Report 89-159, University of Michigan, Population Studies Center, Ann Arbor, MI.

13

Singapur: políticas y programas de población*

Yap Mui Teng

La transición demográfica de Singapur, de una población joven y rápidamente creciente con una alta tasa de desempleo, a una que envejece con rapidez y es importadora neta de mano de obra, ha sido notable. La tasa de fecundidad total se desplomó de más de seis hijos por mujer en la cumbre del *baby boom* de la posguerra tras la Segunda Guerra Mundial en 1957, a una tasa por debajo del nivel de reemplazo desde 1977 en adelante. Las proyecciones indican que la población de mayor edad de Singapur (65 años y más) se duplicará, pasando de 7% a 14% de la población total entre 1997 y 2018, esto es, en menor tiempo que los 24 años que le tomó a Japón, el país de envejecimiento más rápido hasta la fecha (Kinsella y Gist, 1995). Dada la simultaneidad de los eventos, no es posible medir directamente la contribución de las políticas y programas del gobierno, iniciadas en las primeras etapas de la independencia del país para controlar la tasa de crecimiento de la población, pero esas políticas y programas se han considerado generalmente exitosas. En particular, Singapur se ha distinguido por el rigor de su Programa Nacional de Planificación Familiar, que incluyó medidas como incentivos y desincentivos para reducir la fecundidad. Sin embargo, hoy Singapur es uno de los pocos países que han adoptado políticas pronatalistas.

La urgencia con la que el gobierno ha considerado siempre el tema de la población puede comprenderse mejor en el contexto del pequeño tamaño del país. Como observó Paul Cheung, el anterior director de la Unidad de Planeación de Población de Singapur, “La planeación de la población en Singapur es esencialmente de manejo del crecimiento de la población para satisfacer necesidades económicas, dada la extrema restricción de la tierra” (Cheung, 1995, p. 100). Como una isla ciudad-Estado sin regiones interiores aparte de los centros urbanos, Singapur carece de recursos na-

* Este artículo se ha adaptado de Mason (2001). El autor desea reconocer el amable permiso otorgado por Andrew Mason.

turales, con excepción de su gente. De ahí que no sorprenda su interés en maximizar sus recursos humanos.

Cuando el gobierno actual, dirigido por el Partido de Acción Popular (People's Action Party), llegó al poder en 1959 –el año en que Singapur se convirtió en un Estado con gobierno propio dentro de la Mancomunidad Británica– la tasa anual de crecimiento de la población era de alrededor de 4% a 5%. Esta alta tasa fue atribuible principalmente a una alta tasa de aumento natural, pero incrementada con la inmigración neta. El recién formado gobierno enfrentaba problemas de alto desempleo, el cual persistió a pesar del crecimiento económico y la creciente demanda de servicios, que correctamente atribuyó al rápido crecimiento de la población (S. Lee, 1979). Singapur llegó a ser una nación completamente independiente en agosto de 1965, después del repentino fin de una fusión de dos años con Malasia y con ella un mercado común del que se esperaba mucho. La retirada militar británica en 1968 provocó sentimientos de inseguridad al perderse los puestos de trabajo.

Entre las preocupaciones desde mediados de los años ochenta estuvieron el crecimiento de la fuerza laboral, el vigor de la misma y la capacidad del país de sostener el crecimiento económico ante la persistente fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y el envejecimiento de la población. Actualmente se considera deseable una mayor población para proporcionar la masa crítica para el futuro crecimiento económico (Gobierno de Singapur, 1991; K. Lee, 2005; Lian, 2004). Los planeadores consideran la restricción del tamaño geográfico menos crítica que en el pasado, pues piensan que el país puede albergar cómodamente una población mucho mayor a los cinco millones de habitantes,¹ en comparación con los tres millones antes considerados como deseables (Wan, Loh y Chen, 1976). Sin embargo, Cheung (1995) advierte contra un crecimiento de la población demasiado rápido para alcanzar el mayor tamaño, citando el dinamismo generado por las políticas de población pronatalistas y la dificultad de revertirlas (*ver* también Yap, 1995). La planeación de la población se ha convertido en un acto de equilibrio mucho más complejo entre las necesidades de la economía de más trabajadores y mejor calificados, y consideraciones sociales y políticas como el tamaño de la población dependiente y el equilibrio étnico. El recuadro 13.1 presenta una cronología de los principales eventos.

1 Urban Redevelopment Authority. "Concept Plan: Towards a Thriving World Class City in the 21st Century". Urban Redevelopment Authority, Gobierno de Singapur. <http://www.ra.gov.sg/conceptplan2001>.

Recuadro 13.1 *Cronología de los eventos principales*

- 1949: Se funda la Asociación de Planificación Familiar de Singapur.
- 1959: Llega al poder el Partido de Acción Popular y Singapur se convierte en un Estado con gobierno propio y miembro de la Mancomunidad Británica.
- 1965: Singapur se independiza completamente de Malasia.
- 1966: Se promulga la primera política oficial sobre planificación familiar y fecundidad.
Se lanza el Programa Nacional de Planificación Familiar.
Se establece la Junta de Planificación Familiar y Población de Singapur bajo el Ministerio de Salud.
- 1969: Se introducen desincentivos a las familias grandes.
- 1970: Se legalizan la esterilización y el aborto.
- 1972: Se adopta la norma de la familia de dos hijos.
- 1975-76: tasa de fecundidad total llega al nivel de reemplazo.
Se liberan la esterilización y el aborto.
- 1977: La tasa de fecundidad total cae por debajo del nivel de reemplazo.
- 1983: El primer ministro Lee Kuan Yew resalta temas de diferenciales educativos en el matrimonio y la fecundidad, originando lo que se conoció como el gran debate del matrimonio.
- 1984: Se introducen incentivos para estimular a las mujeres con grado universitario a tener más hijos; sin embargo, un esquema ofreciendo prioridad en la inscripción en primaria a los niños de dichas mujeres genera controversia y debe ser desechado después de un año.
Se configura la Unidad de Desarrollo Social con el fin de promover la interacción entre graduadas universitarias para ayudar a las mujeres educadas a encontrar compañero.
- 1987: Se revierte la política antinatalista con la adopción de una política selectivamente pronatalista utilizando la consigna “ten tres o más (hijos) si te lo puedes permitir”.

Políticas de fecundidad

La evolución de las políticas y programas de fecundidad de Singapur puede dividirse en tres fases: la de participación indirecta del gobierno en actividades de planificación familiar (1949-65), la antinatalista (1966-86) y la pronatalista (1987-hoy).

Fase I: participación indirecta del gobierno, 1949-65

Singapur no tuvo política oficial sobre planificación familiar o control de la fecundidad hasta 1966. Un grupo de voluntarios, motivado principalmente por el alto nivel

de pobreza a raíz de la Segunda Guerra Mundial y por la preocupación sobre los efectos nocivos de los embarazos frecuentes en la salud y el bienestar de las madres y sus familias, introdujo la planificación familiar en 1949 (Pakshong, 1967; Saw, 1980, 1991; Zhou, 1996). Ellos fundaron la Asociación de Planificación Familiar de Singapur como organización voluntaria cuyos principales objetivos fueron: a) educar al público sobre planificación familiar y ofrecer facilidades de anticoncepción para que las parejas casadas espaciaran y limitaran su familia; b) promover el establecimiento de centros de planificación familiar en los cuales, en adición a asesoría sobre anticoncepción, las mujeres pudieran recibir tratamiento para esterilidad y pequeñas afecciones ginecológicas y asesoría sobre problemas maritales, y c) estimular el nacimiento de niños saludables, que serían un activo para la nación si sus padres pudiesen darles una oportunidad razonable en la vida (Asociación de Planificación Familiar de Singapur, 1954).

Desde sólo tres clínicas operadas en predios de propiedad de los miembros médicos de la asociación en 1949 y 1950, el número de clínicas que ofrecía los servicios aumentó rápidamente, llegando a 34 en 1965. El número de nuevas aceptantes registradas aumentó de 600 a cerca de 10.000 en el mismo lapso. Sólo en 1965, las clínicas recibieron más de 94.000 clientes repetidos. Dada esta intensa demanda, que los líderes de la asociación consideraban sobrepasaba la capacidad de la organización, solicitaron repetidamente al gobierno asumir la responsabilidad por sus servicios clínicos. Esto sucedió en 1966 con el establecimiento de la Junta de Planificación Familiar y Población de Singapur (Sfppb, por sus iniciales en inglés) y el lanzamiento del Programa Nacional de Planificación Familiar y Población (en adelante llamado Programa Nacional de Planificación Familiar), aunque la Asociación de Planificación Familiar siguió prestando servicios en sus tres clínicas propias hasta 1968. La asociación cambió su nombre por el de Asociación de Paternidad y Maternidad planificada de Singapur en 1986 y desde entonces se enfocó en actividades educativas y asesoras.

Aun cuando la Asociación de Planificación Familiar fue el principal proveedor de servicios de planificación familiar desde 1949 hasta 1965, el gobierno (primero los administradores coloniales británicos y después el gobierno encabezado por singapurenses) tuvo un papel cada vez más importante. Otorgó donaciones crecientes a la asociación que aumentaron de S\$5.000 en 1949-50 a S\$100.000 o más en 1957-65. Las clínicas del gobierno proporcionaron a la asociación espacio cada vez mayor para prestar servicios de planificación familiar, incluido un terreno en una localización principal para las oficinas principales de la asociación, cargando una renta anual nominal de S\$1. La financiación para la construcción, equipo y capacitación de personal provino de la Fundación Ford. En noviembre de 1960, el gobierno y la asociación lanzaron una campaña nacional de planificación familiar de tres meses como parte

del Programa Masivo de Salud y Educación del gobierno. El propósito del Partido de Acción Popular de difundir el mensaje de planificación familiar formaba parte de la plataforma del partido para las elecciones generales de 1959. Su documento, *The Task Ahead: PAP's Five-year Plan, 1959-1965* fue también el programa de acción del partido después que ganó las elecciones y asumió el gobierno de la isla.

Fase II: Política antinatalista, 1966-86

La fase antinatalista se caracterizó por la asunción fuerte y directa del gobierno de las responsabilidades de planificación familiar. El catalizador para este cambio, aparte de las solicitudes de la Asociación de Planificación Familiar para que el gobierno se hiciera cargo (de las actividades), fue la consecución repentina de la independencia en agosto de 1965. Los líderes del Partido de Acción Popular no creían que Singapur, una isla diminuta sin recursos naturales, pudiera sobrevivir por sí misma, pero el intento de fusión con Malasia había fracasado después de sólo dos años. Aun cuando la tasa anual de crecimiento de la población se había desacelerado ya de un excesivamente alto 4% a 5% anual a finales de los años cincuenta, había permanecido bastante alta, alrededor de 2,5% en los años inmediatamente anteriores a la independencia. El control de la inmigración se consiguió con facilidad cuando tanto Malasia como Singapur introdujeron controles fronterizos bien pronto después de su separación, si bien continuaron niveles bajos de inmigración selectiva.

En lo que respecta al control de la fecundidad, Singapur sobresalió por sus programas y políticas innovadoras y, en opinión de algunos, rigurosas.

El gobierno lanzó el Programa Nacional de Planificación Familiar y Población en enero de 1966. La responsabilidad de la operación diaria del programa se le encargó a la Sfppb, un organismo estatutario del Ministerio de Salud establecido por un acto del parlamento en diciembre de 1965. Los objetivos de la junta eran: a) actuar como única agencia para la promoción y difusión de información referente a la planificación familiar, b) iniciar y emprender el programa de control de la población, c) estimular el interés en la demografía, y d) asesorar al gobierno en todo lo relativo a la planificación familiar y al control de la población (Saw, 1991). Al establecimiento de la junta siguió una revisión del gobierno de la condición de las actividades de planificación familiar en Singapur después de otra solicitud de la Asociación de Planificación Familiar para que el gobierno se encargara de sus servicios clínicos de planificación familiar. El gobierno aceptó las recomendaciones del comité de revisión para asumir toda la responsabilidad del trabajo clínico, la investigación y la publicidad, pero difirió el apoderamiento hasta el 1º de enero de 1966, en lugar del 1º de octubre como lo había recomendado el comité (Gobierno de Singapur, 1965). De igual forma que en el

pasado, el gobierno suministró el espacio para los servicios de planificación familiar en su red de clínicas de salud materno-infantil en toda la isla. El personal del gobierno, desde los administradores superiores (incluidos varios jefes de departamento) hasta los médicos, enfermeras, parteras y personal no profesional, fue compartido con la junta en una red virtualmente sin costuras de prestación de servicios.

El acto que estableció la junta también preveía que cualquier persona, asociación u organismo “interesado en promover y difundir información sobre planificación familiar” o en “vender o distribuir cualquier medicina, preparación o artículo para dicho propósito” debía inscribirse en la junta. Por consiguiente, la Asociación de Planificación Familiar (salvo un corto lapso en 1968 y 1971) y el Gremio Médico Católico fueron organismos inscritos en la junta desde 1966. A los practicantes médicos privados que ya estaban inscritos en el Consejo Médico de Singapur y tenían permiso para recetar y vender anticonceptivos, no se les exigió inscribirse otra vez en el Ministerio de Salud.

Inicialmente, el Programa Nacional de Planificación Familiar promovió el mensaje de lo deseable de una familia pequeña sin especificar ningún tamaño. Se adoptó la norma de una familia de dos hijos en 1972 y, con eso, el objetivo de reducir la fecundidad al nivel de reemplazo y mantenerla entonces en ese nivel con el fin de lograr el crecimiento cero de la población. En 1977, al asomarse la perspectiva del eco del *baby boom*, el programa añadió el mensaje de retrasar el matrimonio y el nacimiento del primer hijo y espaciar los dos hijos. Se definieron los objetivos demográficos y programáticos en términos de reducciones de las tasas de natalidad o fecundidad y el número de aceptantes que debía lograrse al final del período del plan cada cinco años (cuadro 13.1). La mayor parte de los objetivos se logró, y aun se sobrepasó, de los cuales el más significativo fue la consecución del nivel de reemplazo de la tasa de fecundidad total en 1975, con cinco años de anticipación de la fecha original del objetivo. La práctica de desarrollar planes quinquenales terminó después de 1980, cuando la tasa de fecundidad total siguió bajando por debajo del nivel de reemplazo. Las actividades de principios de los años ochenta se enfocaron principalmente en el mantenimiento del programa.

Mientras duró, el Programa Nacional de Planificación Familiar ofreció una amplia variedad de servicios anticonceptivos a través de una red nacional de clínicas de planificación familiar y salud materno-infantil operadas por el gobierno. Otros servicios fueron los de visitas domiciliarias, una clínica móvil para llegar a zonas rurales y una clínica de planificación familiar para hombres. En adición a la oferta de métodos anticonceptivos reversibles, el gobierno legalizó la esterilización en 1970. En 1975, liberó aún más las condiciones de su uso de modo que el procedimiento estuvo disponible por demanda y a un costo económico de S\$5 por procedimiento en los hospitales del gobierno y en la clínica de vasectomía.

Cuadro 13.1 *Objetivos y logros del plan quinquenal de la Sfppb*

<i>Plan</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Logros</i>
Primer Plan Quinquenal (1966-70)	<p>Reducir la tasa bruta de natalidad de 32 nacimientos por cada 1.000 habitantes en 1964 a unos 20 para 1970.</p> <p>Prestar servicios de planificación familiar al 60% de las mujeres casadas de entre 15 y 44 años de edad.</p>	<p>Se redujo la tasa bruta de natalidad a 22,1 nacimientos por cada 1.000 habitantes para 1970.</p> <p>Un total de 156.556 mujeres, el 62% de las casadas en edad reproductiva, aceptaron la planificación familiar en las clínicas de la junta.</p>
Segundo Plan Quinquenal (1971-75)	<p>Reducir la tasa bruta de natalidad de 22,1 nacimientos por cada 1.000 habitantes en 1970 a 18 para 1975.</p> <p>Reclutar 16.000 nuevas aceptantes por año desde 1971 hasta 1975 para un total de 80.000 en el período.</p> <p>Mantener las 156.556 aceptantes ya inscritas en el programa.</p> <p>Proveer la esterilización masculina y femenina a quienes completen su tamaño de familia.</p> <p>Crear conciencia de la planificación familiar y de sus beneficios entre los jóvenes, los de edad matrimonial y los recién casados, en particular los de grupos de bajos ingresos y poca educación.</p>	<p>La tasa bruta de natalidad llegó a 17,8 nacimientos por cada 1.000 habitantes en 1975.</p> <p>Se reclutó a un total de 89.501 aceptantes, sobrepasando el objetivo en un 11,9%.</p>
Tercer Plan Quinquenal (1976-80)	<p>Mantener la fecundidad en el nivel de reemplazo (2,0 nacimientos por cada mujer) con el fin de lograr el crecimiento cero de la población para 2030.</p>	<p>La tasa de fecundidad total llegó a 1,8 nacimientos por mujer en 1980.</p>

Fuente: Sfppb, varios años.

Cuadro 13.2 *Fuentes de suministro de anticonceptivos, años seleccionados*
Porcentaje

<i>Fuente</i>	<i>1997</i>	<i>1982</i>	<i>1987</i>	<i>1992</i>
Clínicas y hospitales del gobierno	74,1	70,1	61,6	50,9
Médicos generales	14,8	18,4		
Farmacias y droguerías	4,9	5,0	38,4 ^a	49,1 ^a
Otras	6,2	6,5		

Fuente: datos del Ministerio de Salud, Sección de Planeación de la Población.

a. Incluye todas las fuentes del sector privado.

Los resultados de encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas realizadas desde 1973 mostraron que los hospitales y clínicas del gobierno fueron las principales fuentes de suministro de anticonceptivos para la mayoría de las mujeres (cuadro 13.2). Sin embargo, la dependencia de fuentes del sector privado ha aumentado a través del tiempo.

El aborto fue legalizado también en 1970 y liberado en 1975. De acuerdo con Saw (1991, p. 233) la decisión de liberar el aborto se tomó después de una revisión en la que se encontró que la ley de 1970 había “funcionado satisfactoriamente” y, además, “el gobierno se había decidido sobre un programa integral de control de población para trabajar hacia la fecundidad de reemplazo”. Después de la liberación de la esterilización y el aborto, se permitió a los practicantes médicos privados realizar estos procedimientos siempre y cuando tanto ellos como sus instalaciones tuvieran licencia del Ministerio de Salud de acuerdo con la Ley de Aborto.

Además de servicios clínicos, el programa introdujo también un programa de comunicación fuerte y multifacético que llegó prácticamente a todos los segmentos de la población, incluidos los estudiantes. Al empezar a aumentar los nacimientos y nivelarse la tasa de fecundidad a principios de los años setenta, se creó en 1972 la Unidad de Información, Educación y Comunicación de la Sfppb para reforzar el mensaje de la planificación familiar y la aceptación de la norma de la familia de dos hijos. Se utilizaron virtualmente todos los medios de comunicación de masas: radio, televisión, periódicos y revistas, salas de cine, vallas y paneles de buses. Se distribuían gratis materiales de publicidad de muchas clases: afiches, panfletos, marbetes de parachoques (*bumper stickers*), portavasos, llaveros, calendarios y bolígrafos. Se organizaron conferencias y seminarios para recién casados, líderes comunitarios y sindicales, maestros y directores de colegios. La motivación cara a cara incluyó un servicio de contactos de posparto y pos-aborto, y también se estableció un servicio telefónico de información. El tamaño pequeño del país y su población en gran parte urbana facilitaron probablemente el esfuerzo de mayor alcance de los servicios.

Sin embargo, quizás el rasgo más distintivo del programa de Singapur fue el paquete integral de políticas sociales, o incentivos y desincentivos, utilizado para promover la aceptación de la esterilización y la familia pequeña y desalentar la familia grande. Los incentivos y desincentivos, que se introdujeron por primera vez en 1969, se intensificaron a través de los años. Según Wan y Loh (1979, pp. 102-3), “El propósito básico de gran parte de las políticas sociales... fue reducir o eliminar los pesados subsidios oficiales de ciertos servicios... El fundamento es que los individuos que utilizan servicios pagados por otros contribuyentes deberían adoptar un comportamiento reproductivo más responsable”.

Medidas específicas incluyeron la restricción de la licencia de maternidad otorgada inicialmente sólo para los tres primeros nacimientos, después para los primeros dos; la elevación progresiva de los costos del parto para nacimientos de orden superior (*higher-order births*); restricción del alivio del impuesto sobre el ingreso por los primeros tres hijos; prioridad para la asignación de apartamentos públicos a familias con menor número de hijos, y prioridad para la inscripción de niños en primer grado a los hijos de familias de tres hijos o menos. Los incentivos dirigidos a promover la esterilización voluntaria incluían la licencia remunerada de maternidad para funcionarios civiles femeninos que recibieran la esterilización después del tercer hijo o el de mayor orden (*higher-order*), ofrecer a los funcionarios civiles siete días de licencia con pago completo en adición a las asignaciones normales de licencias después de la esterilización, dispensa de costos del parto para pacientes cuya atención hospitalaria era parcialmente subsidiada por el gobierno si aceptaban la esterilización y prioridad para inscribir en primer grado a niños cuyos padres se esterilizaran antes de los 40 años de edad después de no más de dos hijos. No se negaba el puesto en el colegio a ningún niño bajo los planes de inscripción, aunque era posible que los padres de tres hijos o más no pudieran inscribir a sus hijos en el colegio que deseaban. En forma semejante, dada la expansión del programa público de vivienda en ese tiempo, no era probable que a ninguna familia se le negara vivienda pública si cumplía los requisitos de la autoridad de vivienda.

En 1984, el gobierno empezó a aflojar su fuerte posición antinatalista e introdujo medidas selectivas para promover tamaños de familia mayores entre las mujeres con más educación. Este desarrollo siguió a la discusión pública del primer ministro Lee Kuan Yew del “patrón asimétrico (*lop-sided*) de procreación”. Las mujeres con mayor educación tenían, en promedio, menos de dos hijos, mientras las no calificadas educacionalmente tenían un promedio de tres. En adición, las mujeres mejor educadas tenían mayor probabilidad que las demás de permanecer solteras (K. Lee, 1983). El primer ministro recomendó enmendar las políticas existentes “de modo que nuestras mujeres mejor educadas tengan más hijos para que estén representadas adecuadamente en la próxima generación” (Saw, 1990, p. 44). Aunque él reconoció que la natura original determinaba el desempeño de un individuo más que la crianza en proporción de 80% a 20%, él creía que las madres con mejor educación tenían mayor probabilidad de ofrecer un mejor entorno de buena crianza.

El gobierno enmendó sus políticas relativas a la inscripción en primer grado para dar prioridad a los hijos de mujeres graduadas en la universidad y que tuvieran por lo menos tres hijos (el plan de la madre graduada). Se incrementó también el nivel de alivio al impuesto sobre el ingreso para madres con ciertas calificaciones académicas (Saw, 1990). Al mismo tiempo, el gobierno incrementó los costos para el tercer parto

y los siguientes en los hospitales del gobierno, haciendo relativamente más costoso para los grupos de bajos ingresos tener más hijos e introdujo también una subvención de vivienda de S\$10.000 para estimular a los padres de bajos ingresos con poca educación a esterilizarse después de tener dos hijos. Se configuró una agencia oficial para promover la interacción entre hombres y mujeres con grado universitario con miras a aumentar la tasa de matrimonios entre ellos. El gobierno abandonó el plan de la madre graduada por la controversia que había generado y el pequeño número de niños con probabilidad de beneficiarse con la medida.

La Sfppb fue disuelta en junio de 1986 después que el parlamento derogó el acto que la había creado después de un ejercicio de racionalización de administración por parte del Departamento de Servicios de Administración. El personal y las funciones de la junta fueron transferidos al Ministerio de Salud. Para todos los intentos y propósitos, la fase antinatalista de la política de población de Singapur terminó con la disolución de la junta, que era la única responsable del Plan Nacional de Planificación Familiar. El gobierno, sin embargo, continuó prestando servicios de planificación familiar en sus clínicas de salud materno-infantil.

Fase III: de 1987 al presente

La tercera fase de la política de población de Singapur empezó oficialmente en marzo de 1987, cuando Goh Chok Tong, el primer ministro diputado (más tarde primer ministro y actualmente ministro superior) anunció la nueva política de población, exhortando a los singapurenses que tuvieran la capacidad, a tener familias de tres hijos o más. La promoción del matrimonio fue también parte integral de la nueva política. Como antes, el gobierno respaldó su exhortación a familias mayores con un paquete de incentivos financieros y otros, como sigue: a) incentivos para reducir la carga financiera de la crianza de niños (rebajas de impuestos por el tercer y cuarto hijos y alivio del impuesto sobre el ingreso por hasta cuatro hijos); b) incentivos para suavizar el conflicto entre trabajo y la maternidad y crianza de hijos para la mujer (subsidio de cuidado infantil, rebajas al gravamen por criadas, licencia para cuidado de un hijo enfermo, licencia no remunerada y trabajo de tiempo parcial en el sector público), y c) modificación de los primeros incentivos por dos hijos en línea con la nueva política (prioridad en la asignación de vivienda e inscripción en primaria para familias con tres hijos en lugar de dos) (Yap, 1995). A las mujeres con dos hijos o menos que soliciten esterilización o aborto se les requiere ahora recibir consejería y se les pide reconsiderar su decisión. Se estimula a las parejas de bajos ingresos con poco nivel educativo, con subvenciones de vivienda y becas para educación de los hijos, para que practiquen la planificación familiar (aunque no se exige esterilización)

y limiten sus familias a dos hijos. El paquete de incentivos se revisó y mejoró con los años habiéndose efectuado la última revisión en 2004.

Integración de las políticas de población y desarrollo

Singapur adoptó una política de industrialización a principios de la década de 1960, después de revisiones y recomendaciones de expertos de instituciones como las Naciones Unidas y el Banco Mundial. Como observa Cheng (1991, p. 182) “De país subdesarrollado muy dependiente del comercio de reexportación, Singapur se unió a los rangos de los países recién industrializados y creó una economía diversificada en la que el comercio fue complementado con la fabricación, el transporte, las comunicaciones, la banca, las finanzas y el turismo”. El mismo Cheng (1991, p. 215) argumenta que el dinámico desempeño de la economía durante el período de posguerra, en especial después de la independencia, “se debió en un grado muy alto a los esfuerzos determinados del gobierno” y que “para asegurar que los frutos del desarrollo llevaran a estándares superiores de vida, el gobierno fue muy activo y exitoso en la promoción de la planificación familiar”. Fawcett y Chen (1979, p. 252) hacen la siguiente observación en su evaluación de la experiencia de Singapur: “El crecimiento de la población, la distribución y la composición son asuntos de mucho interés y alta prominencia a través de todo el gobierno... El liderazgo político ha subrayado consistentemente la importancia del control de la población, basado en gran parte en argumentos relativos al pequeño tamaño de Singapur y su carencia de recursos naturales... En resumen, las características físicas y sociales de Singapur han facilitado, de hecho demandado, que las consideraciones demográficas tengan alta prioridad en la planeación del desarrollo y el liderazgo político no ha titubeado en articular esto como elemento clave de la política nacional”.

El lugar de los cambios demográficos, en particular la reducción de la fecundidad, en la planeación del desarrollo en Singapur se demuestra quizás en mejor forma en el discurso pronunciado por el pionero ministro del gabinete Goh Keng Swee a los miembros del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial en 1969. De acuerdo con Goh, quien ha sido alabado como el arquitecto de la economía de Singapur, las declinaciones en las tasas de natalidad a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta permitieron mayores gastos en educación “sin temor a que el resultado inevitable fuera el de inundar el mercado laboral con recién salidos del colegio incapacitados para trabajar, como había sucedido en tantos otros países en desarrollo. Había, además, esperanza de una nivelación en el gasto educativo... El problema había asumido una dimensión finita y era posible proceder con la planeación del desarrollo con la esperanza de que el incremento resultante en el PNB

(producto nacional bruto) no fuera devorado por un aumento incontrolado de la población” (K. Goh, 1969, p. 131).

Sin embargo, con su candor característico, Goh admitió que la declinación inicial de la fecundidad no fue resultado de la planeación del desarrollo del gobierno sino más bien un descubrimiento útil después del hecho: “Si se hubieran tenido en cuenta las tendencias demográficas de las dos décadas anteriores, el Partido (de Acción Popular) podría haber titubeado para hacer (su promesa electoral de ofrecer educación primaria universal gratis). Pero rara vez se consulta a los demógrafos para el esbozo de manifiestos de elecciones” (K. Goh, 1969, p. 130).

Como quiera que haya sido, la relación entre el crecimiento de la población y el desarrollo y los efectos del crecimiento de la población en la calidad de vida de la gente no se habían perdido en el gobierno. El Plan de Desarrollo de Singapur para 1961-64 identificó el control del crecimiento de la población, incluyendo tanto el control de la fecundidad como el de la inmigración, como la solución a los problemas de alto desempleo y presiones económicas que tenía Singapur. No obstante, según Soo Ann Lee (1979), el plan enfatizó en cambio el desarrollo industrial por las restricciones políticas a que se enfrentaba el gobierno, en particular con respecto al control de la inmigración de la Malasia peninsular. El documento oficial sobre la planificación familiar (Gobierno de Singapur, 1965, parágrafo 8.1), aunque proclamaba que el “propósito principal” del programa propuesto de planificación familiar era “liberar a nuestras mujeres de la carga de llevar y criar un número innecesariamente grande de hijos y como consecuencia aumentar la felicidad humana para todos”, agregó la siguiente declaración (parágrafo 8.4, versalitas en el original):

Estamos gastando ya cientos de millones de fondos públicos cada año para prestar mejores servicios sociales para nuestro pueblo en educación, vivienda, salud, etc. Será casi imposible mantener este estándar en el futuro si nuestra tasa actual de crecimiento de la población continúa sin control... Al restringir el número de bebés nacidos cada año, no sólo habrá mayor felicidad para las madres sino también para sus familias y podemos, al mismo tiempo, mejorar el bienestar general de nuestra gente elevando los estándares de vida, mediante la canalización de millones adicionales de fondos públicos hacia el *desarrollo económico productivo* de Singapur y así aumentar las posibilidades de trabajo y prosperidad, por completo.

La anterior funcionaria superior de la Sfppb, Margaret Loh, explicó la relación entre el control de la población y el desarrollo económico así: “Puede decirse que el Programa Nacional de Planificación Familiar y Población en Singapur se instituyó en primer lugar para mejorar la salud y el bienestar de la madre, el hijo y la unidad familiar total en el nivel micro y en el macro acelerar la disminución de la fecundidad para

contribuir al proceso de desarrollo socioeconómico. Ambos objetivos... satisfacen la necesidad última de mejorar la calidad de vida para el pueblo” (Loh, 1976, p. 26).

La participación de varios sectores del gobierno en la planeación de la población y el desarrollo de las políticas ocurrió en dos formas. Primero, entre los miembros de la Sfppb había funcionarios superiores de ministerios y departamentos del gobierno, como el Ministerio de Educación, el de Asuntos Sociales y la Singapore Broadcasting Corporation (Corporación Radiodifusora de Singapur), como también académicos y miembros de la comunidad de medicina. Similarmente, el secretario permanente de salud encabezaba el Comité Interministerial de Población, nombrado a mediados de los años ochenta para asesorar al gobierno en la nueva política de población, pero entre los miembros del comité había contrapartes de otros ministerios del gobierno y de la academia. En esta forma, se dio a conocer a los sectores pertinentes del gobierno el tema de la población y varios ministerios instituyeron sus propios incentivos o desincentivos para alentar a las parejas a tener familias pequeñas. Por ejemplo, el Ministerio de Educación instituyó los incentivos y desincentivos relativos a la inscripción en primer grado, en tanto que la Junta de Vivienda y Desarrollo inició aquellos relativos a la vivienda pública (Loh, 1976).

Otra forma en la que participaron los planeadores en la planeación de la población fue un coloquio organizado por la Sfppb en abril de 1976 después de que el Programa Nacional de Planificación Familiar había completado una década. Se invitó a los administradores de varios ministerios del gobierno y de la academia a examinar las implicaciones de varios escenarios demográficos para el desarrollo económico del país, el desarrollo físico, el medio ambiente, etcétera. Con base en su escenario demográfico recomendado, la junta fijó objetivos específicos programáticos (Ministerio de Salud, 1977; Wan, Loh y Chen, 1976). En forma semejante, a principios de los años noventa, se incluyó un subcomité de población y vivienda entre los subcomités que revisaban el Plan de Concepto de Singapur, los planos para el desarrollo físico de Singapur (Cheong-Chua, 1995, anexo 4.2).

En contraste con su anterior posición fuertemente antinatalista, el gobierno ha racionalizado más recientemente su nueva política pronatalista de población como necesaria para el desarrollo a largo plazo del país. Expresando su preocupación sobre la baja fecundidad continuada de Singapur, Goh Chok Tong expresó: “Debemos prestar mucha atención a la tendencia y patrón de los nacimientos por sus consecuencias en nuestra prosperidad y seguridad; de hecho, en nuestra supervivencia como nación” (C. Goh, 1986).

Desde un principio, la preocupación del gobierno no fue sólo sobre el tamaño de la población o la tasa de crecimiento de la misma, sino también por su calidad. Tanto sus políticas de procreación como de inmigración han sido parte importante de su

estrategia de desarrollo. Al lanzar el Plan Nacional de Planificación Familiar, el ministro de salud de ese tiempo, Yong Nyuk Lin, declaró: “La planificación familiar es... un asunto de importancia nacional y de hecho, de urgencia para nosotros. Nuestra mejor oportunidad de sobrevivir en un Singapur independiente es (hacer) énfasis en la calidad y no en la cantidad” (Saw, 1980, p. 52). El antiguo primer ministro Lee Kuan Yew explicó la fuerte posición antinatalista del gobierno en una entrevista en 1974 como sigue: “El día que estemos en capacidad de penetrar esta dura semilla habremos resuelto nuestro problema de población. Podemos lograr el crecimiento cero y posiblemente aun un crecimiento negativo de la población. Entonces podremos compensarlo con inmigración selectiva de la clase de gente que necesitamos para operar una economía moderna de tecnología superior” (Fawcett y Chen, 1979, p. 251). De ahí que la nueva política de población de 1987, siendo selectivamente pronatalista, representa una continuación del interés del gobierno en la calidad de la población. De hecho, a pesar de su deseo de controlar la tasa de crecimiento de la población, Singapur siempre ha permitido un flujo de entrada de quienes estima son contribuyentes netos a la economía (Yap, 1993).

Singapur está acelerando la inmigración, a la que se refiere como búsqueda de talento, ya que la fecundidad ha caído a niveles que colocan al país entre los países de fecundidad “mínima-baja” a pesar de los incentivos pronatalistas de años recientes. Singapur adopta ahora una estrategia de tres puntas: estimular el matrimonio y la procreación, incrementar la inmigración y vincular a los singapurenses que viven en el exterior porque, en palabras del primer ministro diputado Wong Kan Seng, quien también está a cargo de los asuntos poblacionales, en una entrevista en agosto de 2006: “Esperamos poder reemplazarnos a nosotros mismos y eventualmente crecer nuestra población al movernos para ser una ciudad moderna vibrante, abierta y exitosa”²

Impacto demográfico

La disminución de la fecundidad de Singapur empezó antes de la llegada del Programa Nacional de Planificación Familiar. Como anotó el anterior ministro del gabinete Goh Keng Swee, esto podría atribuirse en gran parte a la labor de la Asociación de Planificación Familiar que satisfizo la demanda de servicios. La aceptación de la planificación familiar fue tal que el número de nuevas aceptantes de anticonceptivos en las clínicas de la asociación saltó de 600 en 1949 a cerca de 10.000 en 1965. Pakshong

2 Channel New Asia. “Entrevista con el primer ministro diputado Wong Kan Seng sobre temas de población”. MediaCorp News. <http://www.channelnewsasia.com/stories/singaporelocal-news/view/226426/1/.html>.

estimó también que las clínicas prestaban servicios a alrededor del 9% al 10% de mujeres elegibles, con una proporción adicional desconocida obteniendo anticonceptivos de otras fuentes o practicando métodos tradicionales, como la interrupción del coito o la abstinencia periódica.

El cuadro 13.3 muestra el número de aceptantes de métodos reversibles, esterilización y aborto entre 1966 y 1995. Los datos para los métodos anticonceptivos reversibles se refieren a aceptantes inscritas en la Sfppb, mientras los de esterilización y aborto incluyen procedimientos realizados en instalaciones del gobierno y privadas aprobadas. Los datos sobre usuarias de métodos anticonceptivos reversibles que recibieron servicios del sector privado no están disponibles. Como ya se mencionó, el número de aceptantes de anticonceptivos superó aun el ambicioso objetivo de la junta.

Estimados del predominio de métodos específicos en uso actualmente se obtuvieron de encuestas periódicas sobre conocimientos, actitudes y prácticas realizadas entre 1973 y 1992 (cuadro 13.4). La tasa de práctica corriente total subió de 60% de las mujeres casadas en edad reproductiva en 1973, a 74% en 1982. Es probable que la última cifra esté en el nivel de saturación de prevalencia de uso de anticonceptivos, dado que en cualquier momento algunas personas no necesitarán anticonceptivos ya sea porque estén planeando tener un hijo, estén embarazadas o son estériles. La prevalencia de uso de anticonceptivos declinó a 67% en 1987, coincidiendo con la introducción de la nueva política de población pronatalista en marzo de ese año. La mezcla de métodos anticonceptivos cambió también a través de los años. La proporción de parejas esterilizadas aumentó en forma pronunciada entre 1973 y 1977, duplicándose de un 11% a un 22% y luego permaneciendo en ese nivel hasta 1987. Un cambio al uso de preservativos y métodos tradicionales menos confiables acompañó la baja en el empleo de anticonceptivos después de 1987.

Otra razón de la disminución en el uso de anticonceptivos en 1987 podría ser que muchas parejas estuvieron planeando tener bebé al año siguiente, que se consideraba doblemente propicio porque era el Año del Dragón en el calendario lunar chino y porque el número 88 significa doble prosperidad en mandarín y cantonés. El número de nacimientos fue muy superior en 1988, cerca de 53.000, comparado con los 44.000 de 1987 y los 40.000 a 42.000 por año a principios de los años ochenta.

Las encuestas mostraron también que el número de hijos que nacieron de mujeres casadas en edad reproductiva cayó de un promedio de 3,4 por mujer en 1973 a 2,0 en 1987 (cuadro 13.5). Notablemente, la convergencia fue evidente en los tres mayores grupos étnicos. Los tamaños de familia real y preferido habían diferido tradicionalmente, deseando y teniendo los malayos el mayor número de hijos y los chinos el menor. Los diferenciales por niveles educativos también se redujeron.

Cuadro 13.3 Número de aceptantes nuevas y existentes de la Sfpfb, esterilizaciones y abortos, 1966-95

Año	Aceptantes de planificación familiar		Esterilización		Aborto ^a
	Nuevas	Existentes	Femenina	Masculina	
1966	30.410	—	—	—	—
1967	30.935	—	—	—	—
1968	35.338	—	—	—	—
1969	35.643	—	—	—	—
1970	24.230	—	2.321	51	1.913
1971	17.749	—	3.871	99	3.407
1972	17.666	—	5.842	347	3.806
1973	19.102	—	8.964	374	5.252
1974	18.292	—	9.241	326	7.175
1975	16.692	—	9.495	453	12.873
1976	17.674	—	10.310	408	15.496
1977	15.158	—	8.236	351	16.443
1978	15.192	—	7.447	340	17.246
1979	15.266	—	6.768	495	16.999
1980	15.009	—	6.487	458	18.219
1981	14.534	—	6.312	486	18.890
1982	14.651	—	6.011	494	19.110
1983	13.741	—	5.571	456	19.100
1984	12.481	—	5.417	369	22.190
1985	12.686	69.772	5.233	257	23.512
1986	11.460	67.410	4.504	264	23.035
1987	8.573	59.416	3.524	128	21.226
1988	7.412	52.414	4.398	171	20.135
1989	7.436	44.976	4.367	172	20.619
1990	6.535	41.653	4.394	134	18.470
1991	6.575	42.019	4.697	163	17.798
1992	5.581	35.986	5.225	154	17.073
1993	5.061	33.621	5.549	128	16.476
1994	4.716	31.649	5.309	125	15.690
1995	3.892	29.024	5.410	152	14.504

Fuente: datos del Ministerio de Salud.

Nota: — = no disponible.

a. Las cifras para 1970-75 excluyen regulación menstrual.

Cuadro 13.4 *Uso actual de anticonceptivos, por métodos, años seleccionados*
Porcentaje de mujeres casadas actualmente entre 15 y 44 años de edad

Método	1973	1977	1982	1987	1992
Tasa de práctica total	60,1	71,3	74,2	67,4	64,8
Píldora	21,7	17,0	11,6	7,3	6,9
Preservativo	17,0	20,8	24,3	17,3	21,7
Esterilización (masculina y femenina)	10,8	21,9	22,9	21,8	15,3
Dispositivo intrauterino	3,3	3,1	—	4,6	6,5
Métodos tradicionales ^a	—	—	1,2	14,4	13,3
Otros	7,3	8,5	14,2	2,0	1,1

Fuente: Ministerio de Salud, datos de la Sección de Planeación de la Población.

Nota: — = no disponible.

a. Incluye los métodos de ritmo y de retiro.

El número de hijos que las encuestadas informaron tener fue consistentemente inferior al de hijos deseados, indicando una ausencia de fecundidad no deseada. El tamaño deseado de familia, que ha permanecido bastante constante en alrededor de tres hijos desde 1977, ha sido consistentemente más alto que la tasa de fecundidad total, lo que puede tener varias explicaciones posibles. Podría ser una indicación de la efectividad de las políticas oficiales de promover la aceptación de la familia de dos hijos. Por ejemplo, entre los encuestados en 1982, los incentivos y desincentivos afectaron en varias formas las decisiones sobre tamaño de familia de más o menos un 6% a un 24% de quienes habían completado su familia y entre los encuestados que todavía no lo habían completado, fue probable que las políticas afectaran las decisiones sobre tamaño de familia del 11% al 35% de quienes no tenían hijos o sólo tenían uno (Emmanuel y otros, 1984). Como han notado Cheng (1991) y Fawcett y Chen (1979), entre otros, es probable que la mayor educación en las mujeres, su participación en la fuerza laboral, su mejor salud y su mejor seguridad social hayan afectado los cálculos de las familias en relación con los embarazos y los costos y el valor de los hijos.

Otra forma de medir el efecto del Programa Nacional de Planificación Familiar es estimar el número de nacimientos impedidos. Asumiendo un retraso de un año entre el uso del anticonceptivo y un nacimiento impedido, Chen y Pang (1977) estimaron que más de 25.000 fueron impedidos entre 1967 y 1976 y que el programa representó las tres cuartas partes de esa cifra. Estimaron que la contribución proporcional del programa aumentó de 27% (3.937 nacimientos) en 1967 a cerca de 88% (35.725 nacimientos) en 1976. Entre los métodos utilizados para impedir los nacimientos a través del programa, la mayor contribución fue de la píldora (cerca de 54% de los nacimientos impedidos), seguida por la esterilización (19%) y los preservativos (15%).

Cuadro 13.5 Número promedio de niños nacidos y deseados, según grupos étnicos y educación, años seleccionados

<i>Categoría</i>	<i>1973</i>	<i>1977</i>	<i>1982</i>	<i>1987</i>	<i>1992</i>
<i>Número promedio de hijos nacidos, por grupo étnico de encuestadas</i>					
Todos los grupos étnicos	3,4	2,8	2,2	2,0	2,0
Chinas	3,2	2,7	2,2	2,0	1,9
Malayas	3,9	3,4	2,5	2,1	2,4
Indias	3,7	3,1	2,3	2,0	2,0
<i>Número promedio de hijos deseados, por grupo étnico de encuestadas</i>					
Todos los grupos étnicos	3,7	3,1	2,7	2,9	2,9
Chinas	3,6	2,9	2,6	2,8	2,7
Malayas	4,5	3,7	3,2	3,6	3,6
Indias	3,8	3,2	2,7	3,0	2,9
<i>Número promedio de hijos nacidos, por educación de encuestadas</i>					
Sin educación formal	4,5	4,0	3,4	2,7	2,4
Educación primaria	3,1	2,9	2,5	2,1	2,2
Educación secundaria	1,9	1,9	1,7	1,8	1,8
Educación terciaria	1,7	1,7	1,4	1,2	1,4

Fuente: datos de la Sección de Planeación de Población del Ministerio de Salud.

Costos de las actividades de planificación familiar

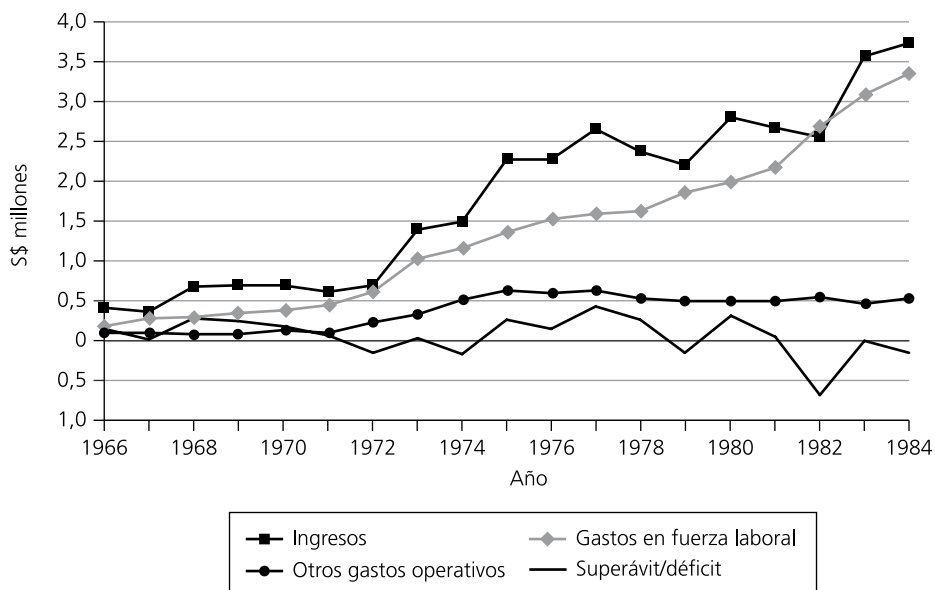
Desde un principio, el programa ofreció servicios de anticoncepción y suministros a usuarias a bajo costo. El documento oficial sobre planificación familiar (Gobierno de Singapur, 1965) estableció la siguiente estructura de tarifas subsidiadas para las ciudadanas: S\$10 por la primera inserción de un dispositivo intrauterino de cobre T (DIU) y S\$5 por cada inserción siguiente; S\$1,50 por cada ciclo mensual de anticonceptivos orales y S\$25 por cada ligación quirúrgica. Además, las de bienestar recibieron servicios anticonceptivos gratis, pero las no ciudadanas debían pagar tarifas no subsidiadas (S\$50 por la primera inserción de DIU y S\$25 por cada una de las siguientes, S\$4,50 por el ciclo de anticonceptivos orales y S\$100 por ligación quirúrgica). A partir de 1967, la tarifa por la inserción del DIU se redujo a S\$5 y ha permanecido así desde entonces, aunque las usuarias del nuevo DIU de multicarga, introducido en 1983, pagan S\$30. Las tarifas para preservativos (S\$0,50 por seis) y diafragmas (S\$2 cada uno) han permanecido sin cambio desde 1966 y la de píldoras ha permanecido

en S\$1 por ciclo desde 1968. Los cargos por esterilización (masculina y femenina) y abortos realizados en clínicas y hospitales del gobierno se fijaron inicialmente en S\$5 por procedimiento, pero se ha permitido que varíen al privatizarse los hospitales oficiales a mediados de los años ochenta.

Como ya se mencionó, el gobierno empezó a ofrecer apoyo financiero para actividades de planificación familiar aun antes de iniciar el programa nacional. El valor de sus donaciones subió de S\$5.000 en 1949-50 a S\$120.000 en 1958 y bajó luego a S\$100.000 anuales entre 1959 y 1965. Aun después de asumir plena responsabilidad por el Programa Nacional de Planificación Familiar en 1966, el gobierno siguió ofreciendo una donación anual de S\$10.000 a la Asociación de Planificación Familiar hasta 1968. Con el establecimiento de la Sfppb, el gobierno duplicó sus donaciones de S\$100.000 a S\$200.000 por año durante el período del primer Plan Quinquenal (1966-70). Su apoyo financiero a las actividades de planificación familiar de la junta aumentó de manera significativa en los años setenta, llegando a S\$1,5 millones y últimamente a más de S\$3,0 millones en los años ochenta (gráfico 13.1).

El gráfico 13.1 no incluye los costos del programa para el Ministerio de Salud, que compartió personal e instalaciones con la Sfppb. Como lo muestra el cuadro 13.6, el presupuesto de planificación familiar representaba menos del 1% del total del

Gráfico 13.1 Ingresos y gastos de la Sfppb, 1966-84



Fuente: Sfppb, 1984.

Cuadro 13.6 Presupuestos del gobierno en planificación familiar, salud y total, 1978-83

	Programa Nacional de Planificación Familiar (S\$ millones)	Ministerio de Salud (S\$ millones)	Presupuesto total del gobierno (S\$ millones)	Presupuesto de planificación familiar		Gasto en salud como % del presupuesto total
				Como % del presupuesto total	Como % del presupuesto de salud ^a	
1978	2,8	177,6	3.668	0,08	1,6	4,8
1979	2,9	187,8	3.885	0,07	1,5	4,8
1980	3,3	217,0	4.113	0,08	1,5	5,3
1981	3,6	272,3	6.335	0,06	1,3	4,3
1982	3,7	318,7	7.638	0,05	1,2	4,2
1983	3,9	363,5	8.871	0,04	1,1	4,1

Fuente: Nortman, 1985.

a. Dado que el presupuesto de planificación familiar no se incluye en el presupuesto del Ministerio de Salud, las cifras presentadas son la razón del presupuesto de planificación familiar al presupuesto de salud.

presupuesto del gobierno y menos del 2% del presupuesto total de salud. En marzo de 1997, el Ministerio de Salud estimó que su gasto corriente en servicios de planificación familiar llegaba a unos S\$1,1 millones anuales.

Otra medida de los costos de la política de población para el gobierno es el de ingreso sacrificado por los distintos planes de incentivos. Según el Ministerio de Salud, éste no hace seguimiento de esta información porque varias agencias del gobierno administran los incentivos, haciendo que sus costos totales sean difíciles de estimar.

Varias agencias internacionales y fundaciones del exterior han efectuado contribuciones en dinero y en especie al programa. En forma notable, la Fundación Ford proporcionó fondos para la construcción de las oficinas principales del Programa Nacional de Planificación Familiar, las que posteriormente fueron las de la Sfppb, y para capacitación y equipos. La Federación Internacional de Planificación de la Familia aportó financiación para la Asociación de Planificación de la Familia de Singapur, desde S\$235.000 (US\$77.000) hasta cerca de S\$105.000 por año entre 1985 y 1996. Los fondos conseguidos localmente complementan estos aportes. En comparación con otros países, la cantidad de ayuda recibida por el programa en Singapur es pequeña.

Conclusión

La administración demográfica por parte del Estado ha sido más determinada y exitosa en Singapur que en la mayoría de los demás países. Una vez el gobierno recono-

ció que la tasa de crecimiento de la población era inaceptablemente alta, adoptó fuertes medidas, incluyendo anticoncepción, esterilización, aborto, educación pública e incentivos y medidas sobre el matrimonio y la inmigración. Más tarde, cuando estas medidas, unidas al rápido cambio social, llevaron la fecundidad a un nivel inaceptablemente bajo, el gobierno modificó sus políticas e introdujo incentivos inversos. Empezando con preocupaciones sobre el bienestar humano, el fundamento de las políticas se entrelazó con los objetivos de desarrollo.

Las políticas de población, tanto las relativas a la procreación como las encaminadas a controlar la inmigración, continúan formando parte integral de la estrategia de desarrollo de Singapur. La opinión predominante es que las bajas en la fecundidad contribuyeron, o al menos ofrecieron un espacio de respiro, para el desarrollo en los primeros días de la independencia de Singapur, permitiendo recursos que se habrían gastado de otra forma en sostener una población de rápido crecimiento para canalizarla al desarrollo productivo. Si, por ejemplo, el desarrollo de capital humano ha sido generalmente instrumental en promover el desarrollo económico, como lo sugiere el Banco Mundial (1993), entonces las rigurosas políticas de procreación adoptadas por Singapur contribuyeron, sin duda, a su crecimiento económico, en la misma forma que generalmente se reconoce han contribuido a la reducción de su fecundidad. Singapur ha ajustado sus políticas de población para cumplir lo que los planeadores consideran requisitos para la etapa siguiente de su desarrollo económico, incluido un crecimiento más rápido de la fuerza laboral. Sin embargo, está por verse el éxito de la nueva política de procreación, pues la tasa de fecundidad total parece estar cayendo otra vez después de un aumento inicial. Debido a que el rápido aumento de la población a través de la inmigración tiene consecuencias sociales y políticas, ese aspecto del crecimiento de la población tendrá que manejarse con cuidado.

Referencias

- Banco Mundial. 1993. *The East Asian Miracle: Economic Growth and Public Policy*. Nueva York: Oxford University Press.
- Chen, Ai Ju y Pang Swee Lan. 1977. "Births Averted by Ten Years (1966–1975) of the National Family Planning and Population Programme." Documento No. 48, Singapore Family Planning and Population Board, Singapur.
- Cheng, Siok Hwa. 1991. "Economic Change and Industrialization." En *A History of Singapore*, ed. Ernest C. T. Chew y Edwin Lee, 182–216. Singapur: Oxford University Press.
- Cheong-Chua, Koon Hean. 1995. "Urban Land-Use Planning in Singapore: Towards A Tropical City of Excellence." En *Environment and the City: Sharing Singapore's Expe-*

- rience and Future Challenges*, ed. Giok Ling Ooi, 108–29. Singapur: Times Academic Press.
- Cheung, Paul, P. L. 1995. “Planning Within Limits: Population Policy and Sustainable Population Growth.” En *Environment and the City: Sharing Singapore’s Experience and Future Challenges*, ed. Giok Ling Ooi, 100–08. Singapur: Times Academic Press.
- Emmanuel, S. C., S. B. Li, T. P. Ng y A. J. Chen. 1984. *Third National Family Planning and Population Survey, 1982*. Studies on Health and Family Planning in Association of Southeast Asian Nations Countries, Phase II, Association of Southeast Asian Nations-Australian Population Programme. Singapur: Singapore Family Planning and Population Board.
- Family Planning Association of Singapore. 1954. *Fifth Annual Report*. Singapur: Family Planning Association of Singapore.
- Fawcett, James T. y Peter S. J. Chen. 1979. “Public Policy and Population Change: An Appraisal of the Singapore Experience.” En *Public Policy and Population Change in Singapore*, ed. Peter S. J. Chen y James T. Fawcett, 243–58. Nueva York: Population Council.
- Goh, Chok Tong. 1986. “The Second Long March.” Discurso pronunciado en el Nanyang Technological Institute, agosto 4. Reproducido como Apéndice D en Saw 1990.
- Goh, Keng Swee. 1969. “Population Control.” Discurso pronunciado el 1º de octubre en las reuniones anuales de Fondo Monetario Internacional y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Washington, DC. Reproducido en Goh, Keng Swee, 1995. *The Economics of Modernization*, 2da ed. Singapur: Federal Publications.
- Government of Singapore. 1965. *Family Planning in Singapore*. Documento oficial. Singapur: Government Printers.
- . 1991. *Singapore: The Next Lap*. Singapur: Times Editions.
- Kinsella, Kevin y Yvonne J Gist. 1995. *Older Workers, Retirement and Pensions: A Comparative International Chartbook*. Washington, DC: U.S. Bureau of the Census.
- Lee, Kuan Yew. 1983. “Talent for the Future.” Discurso pronunciado en el National Day Rally en agosto 14. Reproducido como Apéndice A en Saw, 1990.
- . 2005. Discurso en el parlamento sobre la Proposal to Develop Integrated Resorts, abril 19, Singapur.
- Lee, Soo Ann. 1979. “Population, Industrial Development, and Economic Growth.” En *Public Policy and Population Change in Singapore*, ed. Peter S. J. Chen y James T. Fawcett, 229–40. Nueva York: Population Council.
- Lian, Daniel. 2004. *A Bigger Singapore?* Singapur: Morgan Stanley Equity Research Asia/Pacific.

- Loh, Margaret. 1976. "Beyond Family Planning Measures in Singapore." Documento No. 40, Singapore Family Planning and Population Board, Singapur.
- Mason, Andrew, ed. 2001. *Population Policies and Programs in East Asia*. Documentos ocasionales, Population and Health Series 123. Honolulu, East-West Center.
- Ministry of Health. 1977. *Population and Trends*. Singapur: Ministry of Health.
- Nortman, D. 1985. *Population and Family Planning: A Compendium of Data through 1983*. Nueva York: Population Council.
- Pakshong, Dolly I. 1967. "Family Planning in Singapore 1949–1964." Diploma en ponencia sobre Salud Pública, University of Singapore.
- Saw, Swee Hock. 1980. *Population Control for Zero Growth in Singapore*. Singapur: Oxford University Press.
- . 1990. *Changes in the Fertility Policy of Singapore*. Institute of Policy Studies, Documento ocasional No. 2. Singapur: Times Academic Press.
- . 1991. "Population Growth and Control." En *A History of Singapore*, ed. Ernest C. T. Chew y Edwin Lee, 219–41. Singapur: Oxford University Press.
- Sfppb (Singapore Family Planning and Population Board). 1984, 1995, varios años. *Annual Report*. Singapur: Sfppb.
- Wan, Fook Kee y Margaret Loh. 1979. "Fertility Policies and the National Family Planning and Population Program." En *Public Policy and Population Change in Singapore*, ed. Peter S. J. Chen y James T. Fawcett, 97–108. Nueva York: Population Council.
- Wan, Fook Kee, Margaret Loh y Chen Ai Ju. 1976. "Population and Family Planning in Singapore." Documento No. 46, Singapore Family Planning and Population Board, Singapur.
- Yap, Mui Teng. 1993. "Policy Options for Low Fertility Countries: The Singapore Experience." En *International Population Conference Montreal 1993*, vol. 4, 73–89. Lieja, Bélgica: International Union for the Scientific Study of Population.
- . 1995. "Singapore's 'Three or More' Policy." *Business Times*, Trends supplement, junio 24.
- Zhou, Mei. 1996. *The Life of Family Planning Pioneer, Constance Goh: A Point of Light*. Singapur: Graham Brash.

14

El surgimiento del Programa Nacional de Planificación Familiar de Tailandia

Allan G. Rosenfield y Caroline J. Min

Hasta mediados de los años sesenta, el gobierno de Tailandia no prestó servicios de planificación familiar aparte de un programa especial financiado por el Consejo de Población que ofrecía servicios de planificación familiar posparto, incluyendo dispositivos intrauterinos (DIU), anticonceptivos orales y esterilización femenina posparto, en cuatro hospitales de Bangkok. Un hospital, el Chulalongkorn, desarrolló una de las clínicas de DIU más grandes en el mundo, y hacia finales de los años sesenta llegaban a la clínica mujeres, que habían oído hablar de ella, de casi todas las provincias (Rosenfield, Asavasena y Mikhanorn, 1973). En general, los anticonceptivos sólo podían recetarlos los médicos, la mayoría de los cuales practicaban en Bangkok y otras zonas urbanas, lo cual hacía que las mujeres rurales tuvieran un acceso extremadamente limitado a los servicios.

El gobierno, reacio a reconocer el problema de la población, no promulgó una política oficial de población promoviendo la planificación familiar hasta 1970. Sin embargo, a finales de 1967, un nuevo subsecretario de Estado para salud pública inició calladamente un programa nacional de planificación familiar que a la postre sería el precursor de un programa nacional. Esta empresa empezó a expandir significativamente el acceso a los servicios de planificación familiar en zonas que anteriormente contaban con servicios insuficientes y estableció un marco de referencia para un programa nacional que integrara los servicios de planificación familiar a la infraestructura existente de servicios de salud.

Los logros alcanzados durante este período formativo son dignos de mención especial dado que las actividades se realizaban sin mandato oficial, campañas públicas de información, trabajadores de planificación familiar de tiempo completo, objetivos ni incentivos. La disposición de los funcionarios del Ministerio de Salud Pública para experimentar y autorizar un mayor papel de las parteras auxiliares fue un factor crítico para aumentar gradualmente los servicios de planificación familiar con tanta

rapidez. Al mismo tiempo, los elementos de la cultura tai facilitaron la adopción de la planificación familiar entre las parejas (Rosenfield y otros, 1982).

Tailandia en los años sesenta

A semejanza de muchos otros países en desarrollo a principios de los años sesenta, Tailandia era una sociedad predominantemente rural con la mayoría de la población ocupada en actividades agrícolas. Mientras tenía lugar el desarrollo social y económico en las ciudades más grandes, en particular en Bangkok, el cambio en las zonas rurales era lento. El cuadro 14.1 presenta el contexto socioeconómico al principio y al final de la década. El hecho de que dos terceras partes de las mujeres entre 20 y 44 años de edad fueran alfabetizadas en 1960 demuestra la condición social relativamente avanzada de las mujeres tailandesas, aunque el porcentaje de ellas con educación superior a la primaria, 4,2%, era bajo. A pesar de algunas diferencias regionales y de clase con respecto al idioma y al estilo de vida, los tai eran culturalmente homogéneos en cuanto a sus prácticas religiosas. Más del 90% de la población profesaba el budismo Theravada, el cual hace énfasis en la autonomía individual y en la responsabilidad personal del comportamiento.

Las instalaciones del gobierno ofrecían los servicios de salud más modernos, siendo el Ministerio de Salud Pública el responsable de la mayoría de los servicios prestados fuera de la capital. Las 71 provincias de la nación tenían 84 hospitales en total, que oscilaban en capacidad entre 50 y 450 camas, y Bangkok tenía tres hospitales grandes. En las zonas rurales, el Ministerio de Salud Pública ofrecía servicios de salud

Cuadro 14.1 Indicadores socioeconómicos, 1960 y 1970

Indicador	1960	1970
<i>Alfabetización</i>		
Porcentaje de la población total de 10 o más años de edad	70,8	81,8
Porcentaje de mujeres entre 20 y 44 años de edad	66,2	82,0
<i>Educación secundaria o superior</i>		
Porcentaje de la población total entre 9 y 29 años de edad	—	6,4
Porcentaje de mujeres entre 20 y 44 años de edad	4,2	5,8
Porcentaje de la población económicamente activa que trabaja en agricultura	82,3	79,3
Porcentaje de la población que vive en áreas municipales	12,5	13,2
Expectativa de vida (años)	53,0	57,6

Fuente: Knodel y Debavalya, 1978.

Nota: — = no disponible.

preventivos y curativos a través de una red de casi 4.000 centros de salud; sin embargo, sólo unos 175 centros contaban con un médico en el sitio. Los centros restantes funcionaban con un personal de una partera auxiliar y un trabajador de salud masculino, o sólo con la partera auxiliar. Los centros de partería, la clase más pequeña de centros de salud, atendían poblaciones de 2.000 a 3.000 personas cada uno. Las enfermeras oficiales, como los médicos, trabajaban primariamente en los hospitales o centros de salud urbanos (Hemachudha y Rosenfield, 1975).

Según el censo de 1960, la población total al principio de la década era aproximadamente de 27 millones, siendo el 45% de la población menor de 15 años. La tasa de crecimiento de la población era de más de 3% por año (Gille y Balfour, 1964). La fecundidad total en ese tiempo era de más de seis hijos por mujer (Instituto de Estudios de Población y División de Encuestas de Población, 1977). A pesar del rápido nivel sin precedentes de crecimiento de población, el gobierno mantenía una posición esencialmente pronatalista. Aparte del programa posparto en Bangkok, el gobierno no prestaba servicios de planificación familiar. Sin embargo, en 1964, el Proyecto Potharam demostró el interés de las mujeres tai de una comunidad rural en los servicios de planificación familiar. No obstante, durante gran parte de la década, la mayoría de las mujeres de zonas rurales estuvieron, en efecto, excluidas del acceso a la anticoncepción.

Primeras actividades de planificación familiar: 1963-67

En 1959, una misión económica del Banco Mundial describió las consecuencias adversas que la tasa marcadamente alta de crecimiento de la población de Tailandia tendría en el desarrollo económico. Aun cuando el gobierno prestó poca atención al problema de la población, el interés de funcionarios de salud clave y de académicos indujo eventualmente a una serie de seminarios sobre el tema a partir de 1963. El primer Seminario Nacional sobre Población, auspiciado por el Consejo Nacional de Investigación de Tailandia y financiado por el Consejo de Población, hizo posible la discusión sobre la alta tasa de crecimiento de la población y recomendó que se estudiara el asunto con más detalle (Gille y Balfour, 1964). Se celebraron seminarios nacionales de población nuevamente en 1965 y 1968.

El Proyecto de Investigación Potharam

Como consecuencia natural del primer seminario, en 1964 el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Investigación iniciaron un pequeño proyecto de demostración en Potharam, un distrito rural en las afueras de Bangkok (Hawley y Pra-

chuabmoh, 1966; Prachuabmoh y Thomlinson, 1971). Se prestaron servicios de planificación familiar en un pequeño número de centros de salud a través de un período de acción de 18 meses. El personal de salud del gobierno, con asistencia de algunas parteras tradicionales y unos cuantos trabajadores de campo reclutados especialmente para el proyecto, fue responsable de la educación y motivación de los clientes. En una encuesta de base sobre conocimientos, actitudes y prácticas se encontró que menos del 5% de las mujeres casadas conocía algún método moderno de anticoncepción, menos del 3% de las parejas utilizaba anticonceptivos, incluida la esterilización y aun así el 70% de las mujeres no deseaba tener más hijos. Durante la fase de acción del proyecto, más del 30% de las mujeres casadas aceptó la anticoncepción, eligiendo la mayoría utilizar el DIU y en segundo lugar la esterilización. Según una encuesta de seguimiento, más del 80% de las mujeres del distrito conocía uno o más métodos de anticoncepción. Este proyecto fue instrumental para demostrar a los funcionarios del gobierno que las parejas rurales estaban interesadas en limitar sus embarazos y utilizarían los servicios de planificación familiar si estuvieran disponibles.

Programas de planificación familiar con base en el hospital

En 1965, unos pocos hospitales de Bangkok decidieron abrir clínicas de planificación familiar, inclusive el Hospital Chulalongkorn, cuya clínica sólo ofrecía el DIU. En 1966, cuatro hospitales de Bangkok se unieron al Programa Internacional de Posparto patrocinado por Consejo de Población (Zatuchni, 1970): el Hospital Chulalongkorn y otra institución con escuela de medicina, un gran hospital para mujeres del Ministerio de Salud Pública y un hospital general del municipio de Bangkok. Esto formó parte de una nueva tendencia internacional en la que los hospitales de numerosos países participantes ofrecían educación en planificación familiar a pacientes de maternidad en los pabellones prenatales y de posparto, y ofrecían anticoncepción, primordialmente DIU y esterilización, a mujeres antes del egreso o en los meses siguientes a él.

Hacia mediados de los años setenta, el programa posparto tai se había expandido hacia fuera de Bangkok a ocho hospitales provinciales y tres centros de salud materno-infantil del Ministerio de Salud Pública. Desde 1966 hasta noviembre de 1971, cerca de 10.000 mujeres aceptaron servicios de planificación familiar durante los tres primeros meses después del parto o el aborto, aceptando la mayoría el DIU o la esterilización antes de su egreso del hospital. La clínica de planificación familiar del Hospital Chulalongkorn llegó a ser una de las clínicas más grandes del mundo en inserciones de DIU en ese tiempo. Entre 1965 y 1971 la clínica recibió 66.000 nuevas clientes de DIU (Rosenfield y Varakamin, 1972). En los primeros años de operación

de la clínica, llegaron mujeres de 66 provincias a recibir DIU. Esto es especialmente notable dado que el hospital no realizaba actividades de información pública más allá de sus instalaciones. Más bien, las mujeres supieron de los servicios por medio de comunicación verbal informal (Fawcett, Somboonsuk y Khaisang, 1967; Rosenfield, Asavasena y Mikhanorn, 1973).

El proyecto de salud familiar de 1968-70, precursor del programa nacional

En 1967, el subsecretario de Estado para salud pública, doctor Sombun Phong-Aksara, instruyó calladamente a funcionarios del Ministerio de Salud Pública para desarrollar un proyecto nacional de investigación sobre planificación familiar. El objetivo declarado era capacitar personal del ministerio para ofrecer información y servicios de planificación familiar como preparación para el cambio en la posición del gobierno sobre la población. Phong-Aksara y varios funcionarios superiores del ministerio estaban también seriamente preocupados por la alta tasa de crecimiento de la población de Tailandia y deseaban empezar a ofrecer servicios de planificación familiar a las mujeres pobres, especialmente en zonas rurales, quienes tenían acceso limitado a los servicios.

La División de Salud Familiar del ministerio, dirigida por el doctor Winich Asavasena, desarrolló un plan trienal (1968-70) –el Proyecto de Salud Familiar– que requería la capacitación de por lo menos un médico y una enfermera de cada uno de los 84 hospitales provinciales y todos los médicos, enfermeras y parteras auxiliares trabajando en los centros de salud rurales. Los cursos de capacitación tenían una duración de una semana y eran específicos para cada categoría de personal. En general, los cursos se enfocaban en dinámica de población, incluyendo el impacto del rápido crecimiento de la población de Tailandia en el desarrollo socioeconómico y los métodos de anticoncepción que se utilizarían, principalmente DIU y anticonceptivos orales. En los cursos para parteras auxiliares se hacía énfasis en la información sobre los métodos de anticoncepción para capacitarlas a contrarrestar los temores y rumores que pudieran desarrollarse. Entre 1968 y 1970, aproximadamente 330 médicos, 700 enfermeras y 3.090 parteras auxiliares fueron capacitados (Rosenfield y otros, 1971). En 1970, se dictaron cursos de dos días a trabajadores de la salud masculinos para que pudieran asistir con los aspectos motivadores del proyecto.

Después de la capacitación del personal, se abrirían clínicas de planificación familiar en todos los hospitales y centros de salud con un médico. Las parteras auxiliares de los centros de salud sin médico sólo estaban a cargo de ofrecer información a las mujeres, motivarlas y remitir las clientas potenciales a las clínicas de planificación

familiar. Hacia mediados de los años setenta, se habían establecido unas 350 clínicas de planificación familiar en hospitales y centros de salud (Hemachudha y Rosenfield, 1975). Las actividades de información pública estaban prohibidas durante este tiempo y el proyecto dependía de la comunicación entre las clientas potenciales y las satisfechas como principal medio de promover la planificación familiar. No se fijaron objetivos ni cuotas para el proyecto en general ni para miembros individuales del personal. Además, no se ofrecieron incentivos ni al personal ni a las clientas potenciales. El Ministerio de Salud Pública requería un pequeño honorario de las mujeres que pudieran pagarlo (hasta US\$ 0,25 por cada ciclo de píldoras y US\$1 por cada DIU).

Capacitando parteras auxiliares para distribuir anticonceptivos orales

La estipulación de que sólo estaba permitido a los médicos recetar anticonceptivos orales o insertar DIU limitó en forma severa el acceso de las campesinas a los servicios de planificación familiar. En 1968, más del 60% de los 6.000 médicos de Tailandia trabajaba en Bangkok y la mayor parte del resto practicaba en otras zonas urbanas (Bryant, 1969). La razón de médico-paciente en la mayor parte de las zonas rurales en ese tiempo se estimó en un médico por cada 110.000 habitantes aproximadamente (Hemachudha y Rosenfield, 1975). En su trabajo como asesor del Ministerio de Salud Pública, uno de los autores (Rosenfield) ayudó al ministerio a experimentar con métodos alternativos de prestación de servicios de planificación familiar. Tras una revisión completa de los temas médicos implicados, se inició un estudio piloto en 1969 para poner a prueba la capacidad de las parteras auxiliares de recetar en forma segura la píldora (Rosenfield y Limcharoen, 1972). En cuatro provincias utilizadas como experimentos se capacitó a parteras auxiliares en la utilización de una lista de chequeo especialmente diseñada, que incluía un historial y examen médico sencillo, para tamizar a las mujeres para las que el uso de la píldora estaba contraindicado. No se requería un examen de la pelvis. Las mujeres que respondían sí a cualquiera de las preguntas del historial médico eran remitidas a un médico.

El número de mujeres aceptantes de la píldora en las provincias del experimento se cuadruplicó en los primeros seis meses del estudio en comparación con los seis meses anteriores al estudio, y el porcentaje de mujeres que aceptó la píldora en las provincias del experimento fue significativamente mayor que en las provincias de control. En adición, se halló que las tasas de continuidad de 12 meses fueron más altas en las mujeres que recibieron la píldora de una partera auxiliar en comparación con las tasas de las mujeres que la recibieron de un médico. La incidencia de efectos colaterales no aumentó para las mujeres que recibieron la píldora de una partera auxiliar (Rosenfield y Limcharoen, 1972).

A mediados de los años setenta, el Ministerio de Salud Pública revisó la evidencia y determinó que todas las parteras auxiliares podían recetar la píldora, una decisión de la mayor importancia que coincidió con el anuncio del gabinete de una política oficial sobre población. La capacitación básica que ya habían recibido las parteras auxiliares en dinámica de la población y planificación familiar se estimó como suficiente para prepararlas para esta nueva responsabilidad. Así, la determinación aumentó en forma inmediata el número potencial de puntos de planificación familiar de menos de 300 clínicas a casi 3.500, predominantemente en zonas rurales, permitiendo al programa nacional acelerarse a una tasa mucho más rápida de lo esperado.

Actividades de control y evaluación

Además de los proyectos especiales de investigación, como el estudio mencionado, se creó una unidad central de investigación y evaluación para hacer seguimiento rutinario al desempeño de los proyectos. Todas las clínicas debían remitir formularios de registros de pacientes especialmente diseñados y un informe mensual de actividades a la unidad. También se esperaba que las clínicas de planificación familiar no operadas por el Ministerio de Salud Pública, incluidas las operadas por la Oficina Municipal de Salud de Bangkok y agencias privadas remitieran la misma información. La unidad efectuó análisis muestrales de características de pacientes para tres períodos distintos en 1969 y 1970 y no observó diferencias significativas a través del tiempo. Aproximadamente el 80% de todas las clientes nuevas vivía en zonas rurales, más de dos tercios eran de hogares agrícolas, más del 90% tenía cuatro años o menos de escolaridad formal y aproximadamente el 80% nunca había utilizado ningún método anticonceptivo. De la muestra total, más del 50% de las clientas nuevas tenía menos de 30 años de edad. La gran mayoría de las mujeres, más del 90%, obtenía información sobre servicios de planificación familiar principalmente de amigas y parientes y, en menor grado, de personal de salud (Rosenfield y otros, 1971).

El número de clientes nuevas en zonas rurales relativo a las zonas urbanas aumentó durante este tiempo. Entre 1965 y 1968, el 56% de las nuevas clientas de planificación familiar vivía en Bangkok, comparado con sólo el 17% en 1970. Esto es, únicamente el 14% de las clientas nuevas recibía servicios de los centros de salud rurales comparado contra el 61% en 1970.

El cuadro 14.2 presenta la distribución de clientes de planificación familiar por métodos en el curso del Proyecto de Salud Familiar. Es evidente un incremento impresionante en el número de clientes entre 1968 y 1970. El aumento en el número de mujeres que aceptaban la píldora en 1970 refleja la declaración del Ministerio de Salud Pública sobre las parteras auxiliares a mediados de ese año.

Cuadro 14.2 Clientes de planificación familiar, por métodos, 1968-70

Método	1968 ^a		1969		1970		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
DIU	35.300	62	54.496	42	74.404	33	164.200	40
Pildora	10.000	17	60.459	46	132.387	59	202.846	49
Esterilización femenina	12.000	21	15.265	12	18.648	8	45.913	11
Total	57.300	100	130.220	100	225.439	100	412.959	100

Fuente: Rosenfield y otros, 1971.

a. El sistema de informes sólo empezó a funcionar a mitad de año y por eso los números son aproximados.

Organización y financiación del proyecto

Dada la carencia de un mandato oficial para actividades de planificación familiar, no era factible la creación de una infraestructura separada de planificación familiar. En adición, los funcionarios del ministerio pensaban que integrar las actividades de planificación familiar a la infraestructura nacional de servicios de salud tenía sentido, tanto para hacer uso de los recursos y el personal existentes como para mejorar el sistema de servicios de salud materno-infantil más generalmente. Las operaciones del proyecto y la unidad de evaluación central se colocaron bajo la jurisdicción de la División de Salud Familiar del Departamento de Salud del ministerio, en tanto la investigación médica y las operaciones hospitalarias se colocaron bajo la División Provincial de Hospitales del Departamento de Servicios Médicos del ministerio.

No se asignaron fondos específicamente para actividades de planificación familiar en el presupuesto nacional. En cambio, se incorporaron indirectamente los costos del proyecto a los presupuestos de las distintas divisiones del ministerio a través de gastos para los miembros del personal y las instalaciones existentes. En adición, el Consejo de Población aportó una pequeña cantidad de fondos en moneda local requeridos al principio del proyecto para capacitación (complementada en 1969 por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), contratación de personal local y otros gastos. La U.S. Agency for International Development aportó una cantidad significativa de apoyo en especie, incluyendo anticonceptivos orales, equipo clínico y de investigación y vehículos (Rosenfield y otros, 1971). A principios de los años setenta, la U.S. Agency for International Development se había convertido en el mayor donante. Otras organizaciones, inclusive la Federación Internacional de Planificación de la Familia y las fundaciones Ford y Rockefeller, ofrecieron también apoyo para actividades de planificación familiar a entidades distintas al Ministerio de Salud Pública durante este

tiempo. La asistencia técnica y financiera provista por estas agencias fue importante para el lanzamiento exitoso en el empeño de planificación familiar en Tailandia.

Superando las restricciones políticas

Durante este período, el líder militar de ese tiempo y otros funcionarios militares y del gobierno no creían que Tailandia tuviese un problema de población serio y se oponían a estimular la planificación familiar. Aunque esto no impidió que el Ministerio de Salud Pública siguiera adelante con sus esfuerzos provisionales, dicha oposición sí restringió opciones programáticas. Una limitación clave fue la restricción sobre comunicaciones públicas que promovían la planificación familiar. Aunque el éxito de las actividades iniciales demostró la eficacia de la comunicación persona a persona, el ministerio consideró que eran necesarias las campañas educativas para llegar a mayor número de mujeres (Rosenfield, Asavasena y Mikhanorn, 1973). Las mujeres que aceptaron los servicios de planificación familiar cuando estuvieron disponibles por primera vez fueron probablemente las más automotivadas, y modificar el comportamiento reproductivo de la población general requeriría esfuerzos adicionales. Sin embargo, en general el Ministerio de Salud Pública pudo experimentar con enfoques innovadores e implementarlos para prestar los servicios de planificación familiar sin apoyo formal.

En 1968, la Junta Nacional de Desarrollo Económico y Social estableció una Unidad de Población dentro de su División de Planeación de Fuerza Laboral, con asistencia financiera y técnica del Consejo de Población. A solicitud del gabinete, la primera tarea de la Unidad de Población fue la de revisar el tema de la población y emitir recomendaciones. La unidad presentó sus conclusiones en 1970, las que, junto a las tentativas del Ministerio de Salud Pública, llevaron rápidamente a la declaración del gabinete de una política oficial sobre población y se inició la primera campaña nacional para promover la planificación familiar en 1972.

El Programa Nacional de Planificación Familiar: 1970-80

La nueva política de población requería la reducción de la tasa de crecimiento de la población mediante la provisión de información y servicios de planificación familiar. El gobierno desarrolló un plan quinquenal (1972-76) con el objetivo de reducir la tasa de crecimiento de la población de más de 3,0% por año a 2,5% por año para finales de 1976. El Proyecto de Salud Familiar se convirtió en el Programa Nacional de Planificación Familiar (NFPP) y las actividades de planificación familiar continuaron integradas a la infraestructura existente de servicios de salud. El recuadro 14.1 presenta una cronología de los hechos memorables.

En la década de 1970, el NFPP expandió el rango de métodos de anticoncepción disponibles. En 1972, los cirujanos tailandeses desarrollaron la minilaparotomía, una técnica de esterilización modificada que requería sólo una pequeña incisión abdominal para tener acceso a las trompas de Falopio que podía realizarse en zonas rurales o provinciales donde muchos médicos no contaban con el equipo ni la capacitación para realizar esterilizaciones laparoscópicas. Éste llegó a ser un método de esterilización importante en Tailandia y en todo el mundo. En 1977, el Ministerio de Salud Pública aprobó oficialmente el anticonceptivo inyectable acetato de *depot medroxyprogesterone* (comercialmente conocido como Depo-Provera). Con el tiempo, su uso creció en forma sustancial.

Con base en resultados anteriores, el NFPP siguió aumentando la función de las parteras auxiliares con el fin de satisfacer la demanda. El Ministerio de Salud Pública revisó la factibilidad de utilizar enfermeras y parteras para insertar los DIU y encontró que el enfoque era seguro (Wright y otros, 1977). Sin embargo, dado que la mayoría de enfermeras y parteras trabajaba en hospitales o centros de salud urbanos, su capacitación no causó mayor impacto en el uso del DIU. El ministerio analizó entonces la efectividad de utilizar parteras auxiliares para insertar los DIU y halló que realizaban el trabajo tan bien como lo hacían los médicos y las parteras (Sujpluem, Bennett y Kolsartsanee, 1978). El ministerio emprendió también estudios para determinar si las parteras auxiliares podían suministrar las inyecciones de acetato de *depot medroxyprogesterone* y realizar procedimientos de esterilización, que generalmente eran de apoyo.

La seguridad demostrada de utilizar parteras auxiliares para distribuir la píldora llevó también al Ministerio de Salud Pública a estar de acuerdo con el concepto de programas de distribución basados en la comunidad. Una organización privada, Servicios de Planificación Familiar basados en la Comunidad, llamada más tarde Asociación de Población y Desarrollo Comunitario, una de las organizaciones no gubernamentales de mayor éxito del mundo en desarrollo comunitario y planificación familiar, introdujo el primero de dichos programas en 1974. Uno de los individuos más carismáticos de Tailandia, Mechai Viravaidya, creó la organización a principios de los años setenta. Uno de sus primeros esfuerzos fue el de sensibilizar a la gente en el uso de los preservativos por medio de concursos de soplar y explotar globos de preservativos y otras actividades, y tuvo tanto éxito que en muchas partes del país el preservativo era conocido como el 'Mechai'. Cuando el programa nacional del ministerio siguió adelante, la Asociación de Población y Desarrollo Comunitario ayudó con la provisión de educación y servicios de planificación familiar basados en la comunidad.

El NFPP tuvo extraordinario éxito prestando servicios a las mujeres tai. Según estadísticas de servicios del NFPP, el número de nuevas clientas de planificación familiar

Recuadro 14.1 *Hechos memorables en el surgimiento del NFPP*

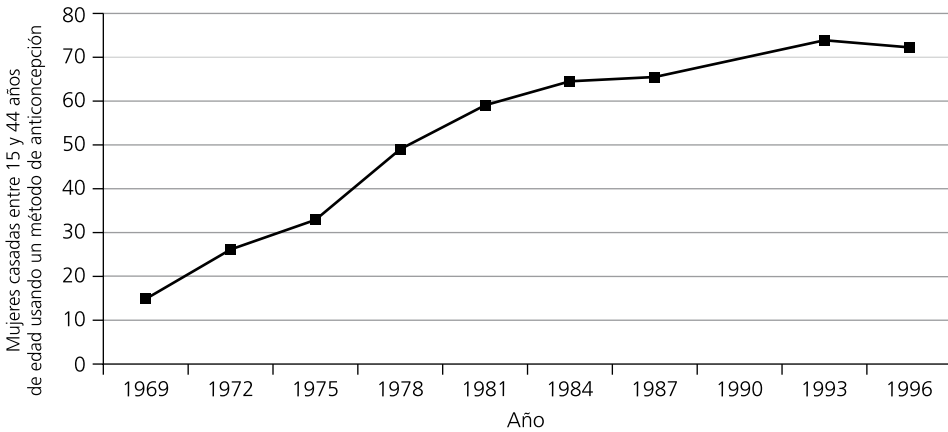
- 1963: Se convoca el primer Seminario Nacional de Población para discutir temas de población.
- 1964: Se inicia un proyecto de demostración de planificación familiar en Potharam.
- 1966: Cuatro hospitales de Bangkok se unen al Programa Internacional de Posparto.
- 1967: El subsecretario de Estado para salud pública crea el Proyecto de Salud Familiar.
- 1970: El Ministerio de Salud Pública autoriza a las parteras auxiliares a distribuir anticonceptivos orales.
El gabinete declara una política de población promoviendo la planificación familiar voluntaria.
El Proyecto de Salud Familiar se convierte en el NFPP.
- 1972: Cirujanos tailandeses desarrollan la minilaparotomía.
- 1974: Se inicia el primer programa de distribución basado en la comunidad de una organización no gubernamental.
- 1977: El Ministerio de Salud Pública aprueba el uso de un anticonceptivo inyectable.

subió de 225.000 en 1970 a 1,12 millones en 1980 (Rosenfield y otros, 1982). El uso de anticonceptivos aumentó continuamente en este período también. La proporción de mujeres casadas, entre 15 y 44 años de edad, que usaba medios anticonceptivos aumentó de 14% en 1969-70 a 53% en 1978-79 y a más de 70% en 1993 (gráfico 14.1).

El porcentaje de mujeres casadas usando distintos métodos de anticoncepción varió a través del tiempo (gráfico 14.2). En 1996, el 23% usaba la píldora, seguida de cerca por la esterilización femenina (22%) y los inyectables en tercer lugar (18%), mientras el uso del DIU había bajado al 3%. En 1978-79, el diferencial rural-urbano en el uso de anticonceptivos casi había desaparecido. Más del 80% de las campesinas y el 66% de las mujeres urbanas informaron obtener sus anticonceptivos en una instalación el gobierno (Kamnuansilpa, Chamrathirong y Knodel, 1982).

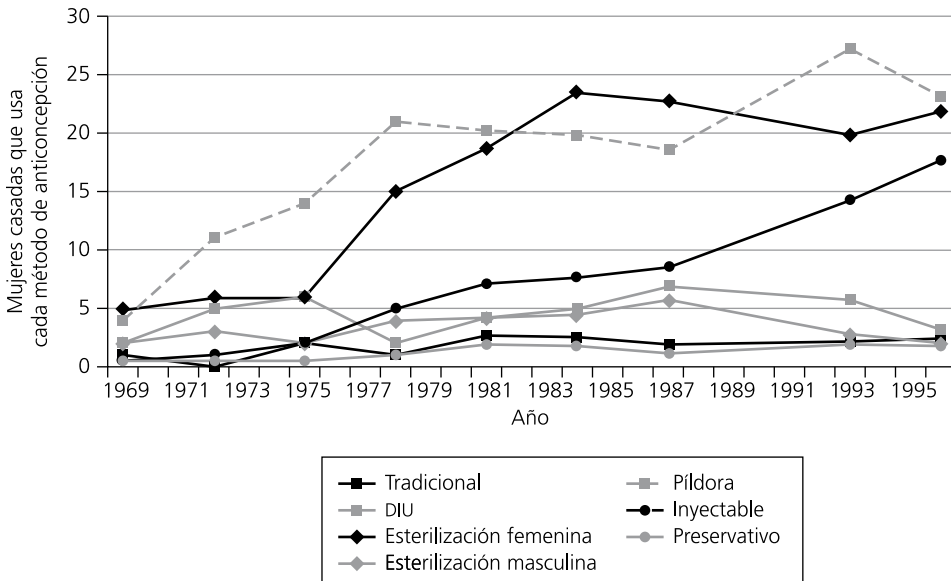
La tasa de crecimiento de la población llegó a su pico de más de 3% anual en los años cincuenta y principios de los sesenta, pero bajó a menos de 2% anual en la primera mitad de los años ochenta (Chayovan, Kamnuansilpa y Knodel, 1988). Este cambio reflejó una baja rápida y sustancial en la fecundidad que empezó al final de la década de 1960 y fue atribuible en gran parte a reducciones en la fecundidad marital y no a cambios en los patrones maritales (Knodel y Debavalya, 1978). Entre 1969 y 1979, la fecundidad marital disminuyó en casi 40% (Kamnuansilpa, Chamrathirong y Knodel, 1982). Los observadores le acreditan al NFPP haber tenido un papel significativo en la “revolución reproductiva” de Tailandia (Knodel y Debavalya, 1978).

Gráfico 14.1 Prevalencia de uso de anticonceptivos, 1969-96 (porcentaje)



Fuente: Ross, Stover y Adelaia, 2005, cuadro A.1.

Gráfico 14.2 Uso de diferentes métodos de anticoncepción, 1969-96 (porcentaje)



Fuente: Ross, Stover y Adelaia, 2005, cuadro A.1.

La influencia de la cultura tai

El temprano éxito de los intentos de planificación familiar en Tailandia en ausencia de apoyo del gobierno o de un desarrollo socioeconómico generalizado puede atribuirse en parte a aspectos de la cultura tai. La condición superior de la mujer en Tailandia relativa a la de otros países en desarrollo puede haber contribuido al rápido aumento en el uso de anticonceptivos. Según se anotó, una gran proporción de las mujeres eran alfabetizadas en los años sesenta y también eran libres de ocuparse en actividades sociales y económicas, exponiéndose así a nuevas ideas y estilos de vida. El liberalismo de la cultura budista en Tailandia habilitó también a hombres y mujeres a adoptar con mayor rapidez actitudes modernas y comportamientos concernientes a la reproducción (Knodel y Debavalya, 1978). La doctrina budista no es particularmente pronatalista y no prohíbe el uso de la anticoncepción. En adición, dado que el budismo Theravada, la forma de budismo practicada por la gran mayoría de la población, hace énfasis en que cada individuo es responsable de su propia salvación, los tai han tendido a ser no críticos de las acciones de los demás. Un sentido de autonomía individual y privacidad fomentado por el budismo Tai disipó también cualquier tipo de presión social a favor o en contra de la planificación familiar. En las aldeas, ni la familia extendida ni la comunidad general ejercieron control sobre el comportamiento individual. Por ejemplo, Tailandia no tiene tradición de matrimonios arreglados que habilite al grupo de afinidad a ejercer control sobre la próxima generación. Además, mientras el budismo vincula a sus adherentes al pasado, promueve también un sentido de pragmatismo que permite a los seguidores ser sensibles al cambio social (Rosenfield y otros, 1982). Este pragmatismo fue evidente no sólo en el comportamiento de las parejas con respecto a la planificación familiar, sino también en la decisión del Ministerio de Salud Pública de experimentar con las responsabilidades profesionales de las parteras auxiliares. Reconociendo la escasez de médicos en las zonas rurales, los funcionarios del ministerio no titubearon en tomar decisiones basadas en la evidencia que promovieron el acceso a los servicios de planificación familiar en toda la nación.

Uso de personal no médico en los programas de prestación de servicios

La experiencia tai demostró que los enfoques alternativos a la prestación de servicios son seguros e imperativos, una enseñanza que aún hoy mantiene su validez. Los servicios de salud tanto preventivos como curativos no necesariamente requieren médicos o personal altamente especializado. La escasez de médicos y aun de enfermeras, en las zonas rurales de los países en desarrollo no ha mejorado desde los años sesenta

y la carga actual sobre los trabajadores de salud disponibles es grande, en especial frente a la epidemia de VIH/SIDA. Si un objetivo principal de los programas de salud es el acceso universal, entonces es de importancia crítica expandir y usar todos los niveles de la fuerza laboral de servicios de salud.

El programa de planificación familiar de Tailandia fue uno de los primeros en romper la barrera del médico. El concepto de utilizar trabajadores de salud auxiliares pronto se difundió a los programas de planificación familiar de muchos otros países. Más recientemente, en algunos, los programas para reducir la mortalidad y morbilidad maternas han utilizado enfermeras y paramédicos para prestar servicios de obstetricia de emergencia. Los programas dirigidos a atender la epidemia global de VIH/SIDA están también reexaminando los papeles de los distintos trabajadores de la salud en los exámenes, el tratamiento y la atención. Este enfoque no implica un estándar inferior de servicio. Más bien, los funcionarios de la salud deben considerar si un médico o enfermera bien capacitada es el (la) único(a) calificado(a) para realizar ciertas tareas o si otros pueden hacerlo. Los países deben desarrollar políticas de recursos humanos basadas en evaluaciones de riesgo-beneficio que garanticen el acceso general a los servicios.

Conclusiones

Las actividades durante los últimos años de la década de 1960 conformaron positivamente el futuro de los intentos de planificación familiar en Tailandia. Sin un mandato oficial, el Ministerio de Salud Pública inició la capacitación de su personal para atender el serio problema de población que amenazaba el desarrollo social y económico de Tailandia. En lugar de crear una infraestructura separada, el ministerio utilizó exitosamente los recursos y los trabajadores de la salud existentes para llevar a cabo las actividades de planificación familiar. La sensibilidad al contexto local y a las necesidades de la gente fue un principio orientador desde el inicio y los funcionarios del ministerio actuaron con rapidez para expandir las responsabilidades de las parteras auxiliares con el fin de prestar los servicios de planificación familiar en todo el país. En sus tres años de operación, el Proyecto de Salud Familiar proveyó anticonceptivos a una cantidad impresionante de clientes sin fijar objetivos, ofrecer incentivos al personal o a las clientas potenciales, o realizar campañas públicas de información. Cuando finalmente se anunció una política de población formal en 1970, el NFPP ya estaba bien posicionado para intensificar sus esfuerzos. Desde finales de los años sesenta y a través de los setenta, los cambios en el uso de anticonceptivos y la fecundidad en Tailandia constituyeron uno de los casos más grandes de éxito en planificación familiar en Asia. Un espíritu de innovación y pragmatismo al interior del Ministerio de Salud

Pública, emparejado con la apertura de la cultura tai, fomentó los dramáticos logros en la planificación familiar. La tasa de crecimiento de la población en Tailandia en 2005 fue de sólo 1%, comparada con el 3% en 1965.

Referencias

- Bryant, John. 1969. *Health and the Developing World*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Chayovan, Napaporn, Peerasit Kamnuansilpa y John Knodel. 1988. *Thailand: Demographic and Health Survey, 1987*. Bangkok: Chulalongkorn University, Institute of Population Studies.
- Fawcett, James T., Aree Somboonsuk y Sumol Khaisang. 1967. "Thailand: An Analysis of Time and Distance Factors at an IUD Clinic in Bangkok." *Studies in Family Planning* 1 (19): 8–12.
- Gille, Halvor y Marshall C. Balfour. 1964. "National Seminar on Population Problems of Thailand: Conclusions of the Seminar." *Studies in Family Planning* 1 (4): 1–5.
- Hawley, Amos H. y Visid Prachuabmoh. 1966. "Family Growth and Family Planning in a Rural District of Thailand." En *Family Planning and Population Programs*, ed. Bernard Berelson, Richmond K. Anderson, Oscar Harkavy, John Maier, W. Parker Mauldin y Sheldon J. Segal, 523–44. Chicago: University of Chicago Press.
- Hemachudha, Chitt y Allan Rosenfield. 1975. "National Health Services and Family Planning: Thailand, a Case Study." *American Journal of Public Health* 65 (8): 864–71.
- Institute of Population Studies and Population Survey Division. 1977. *The Survey of Fertility in Thailand: Country Report (1975)*, vols. I and II. Bangkok: Chulalongkorn University and National Statistical Office.
- Kamnuansilpa, Peerasit, Aphichat Chamrathirong y John Knodel. 1982. "Thailand's Reproductive Revolution: An Update." *International Family Planning Perspectives* 8 (2): 51–56.
- Knodel, John y Nibhon Debavalya. 1978. "Thailand's Reproductive Revolution." *International Family Planning Perspectives and Digest* 4 (2): 34–49.
- Prachuabmoh, Visid y Ralph Thomlinson, eds. 1971. *The Potharam Study*. Research Report 4. Bangkok: Chulalongkorn University, Institute of Population Studies.
- Rosenfield, Allan, Winich Asavasena y Jumroon Mikhanorn. 1973. "Person-to-Person Communication in Thailand." *Studies in Family Planning* 4 (6): 145–49.
- Rosenfield, Allan, Anthony Bennett, Somsak Varakamin y Donald Lauro. 1982. "Thailand's Family Planning Program: An Asian Success Story." *International Family Planning Perspectives* 8 (2): 43–51.

- Rosenfield, Allan, Chitt Hemachudha, Winich Asavasena y Somsak Varakamin. 1971. "Thailand: Family Planning Activities 1968 to 1970." *Studies in Family Planning* 2 (9): 181–92.
- Rosenfield, Allan y Charoon Limcharoen. 1972. "Auxiliary Midwife Prescription of Oral Contraceptives: An Experimental Project in Thailand." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 114 (7): 942–49.
- Rosenfield, Allan y Somsak Varakamin. 1972. "The Postpartum Approach to Family Planning: Experiences in Thailand, from 1966 to 1971." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 113 (1): 1–13.
- Ross, John A., John Stover y Demi Adelaja. 2005. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs: 116 Countries*, 2da. ed. Glastonbury CT: Futures Group.
- Sujpluem, Chusie, T. Bennett y W. Kolsartsanee. 1978. *Auxiliary Midwife IUD Insertion: Results of a Comparative Study*. Bangkok: Ministry of Public Health, Family Health Division.
- Wright, Nicholas H., Chusie Sujpluem, Allan Rosenfield y Somsak Varakamin. 1977. "Nurse-Midwife Insertion of the Copper T in Thailand: Performance, Acceptance, and Programmatic Effects." *Studies in Family Planning* 8 (9): 237–43.
- Zatuchni, Gerald I., ed. 1970. *Post-Partum Family Planning: A Report on the International Program*. Nueva York: McGraw-Hill.

15

Los años formativos de la planificación familiar en Indonesia

Terence H. Hull

Aunque las historias de los programas de planificación familiar alrededor del mundo difieren, también tienen hilos comunes que ofrecen enseñanzas complementarias. Ya sea que se consideren los debates sobre incentivos en Bangladesh, la política de un solo hijo de China, o el intento de un gobernante autoritario de impulsar el crecimiento de la población en India, las explicaciones del cambio de comportamiento deben considerarse dentro de un marco de referencia cultural o histórico, y aun así los temas que surgen pueden a menudo generalizarse a entornos bastante distintos.

Un programa de planificación familiar es el resultado de acciones deliberadas por parte de individuos clave, y esto resulta en la formación de instituciones, sistemas logísticos y varios recursos de salud y sociales. Al mismo tiempo, la población debe experimentar una transformación radical en sus creencias, que la lleve de una preferencia por familias grandes a otra de familias pequeñas. Esta es la experiencia de Indonesia, donde las acciones de individuos notables, combinadas con cambios sociales dramáticos, cambiaron a una nación de alta fecundidad a la de nivel de reemplazo en el término de cuatro décadas.

El Estado de Indonesia nació entre 1945 y 1949 (recuadro 15.1). Las relaciones con los países de occidente se normalizaron en los años siguientes, llevando a alguna participación internacional en planificación familiar en Indonesia y al establecimiento de una asociación privada de planificación familiar después de que el presidente Sukarno anunció su oposición a la asistencia del gobierno. Luego, en 1965, el gobierno cambió, abriendo la puerta a lo que sería uno de los programas más prominentes de planificación familiar del mundo.

Compromiso político con la planificación familiar, 1965-94

El período de transición del gobierno siguiente a un intento de golpe de Estado y un contragolpe en 1965-66 marcó el nexo crucial en la política de planificación familiar.

Recuadro 15.1 Cronología de eventos principales

- 1945: Sukarno y Hatta declaran la independencia indonesia de los Países Bajos, iniciando así una lucha revolucionaria que duró hasta 1949, al acordarse la independencia formal en las Naciones Unidas.
- 1956: La Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional financia la capacitación de médicos indonesios en técnicas de planificación familiar en Nueva York.
El presidente Sukarno se rehúsa a considerar apoyo del gobierno para la planificación familiar.
- 1957: Se establece la Asociación Indonesa de Planificación de la Familia, voluntaria, como organización no gubernamental privada sin ánimo de lucro para ofrecer anticoncepción a la mujer a través de una red de clínicas principalmente urbanas.
- 1965: Un intento de golpe de estado activa la caída del régimen de Sukarno y el surgimiento del gobierno del Nuevo Orden del general Suharto, quien se convierte en presidente activo en marzo de 1967.
- 1967: El Proyecto Piloto de Yakarta es la primera actividad apoyada por el gobierno relacionada con la promoción masiva de control de la natalidad.
Se establece el Instituto Nacional de Planificación Familiar, que se convierte en 1970 en la Junta Nacional Coordinadora de Planificación Familiar.
- Primeros años 70: La Junta Nacional Coordinadora de Planificación Familiar adopta una estrategia de prestación de servicios anticonceptivos basada en las aldeas utilizando trabajadores de campo locales y una estructura jerárquica de logística y administración. El sistema lo apoyan donantes internacionales y se inicia en Java y Balí; se difunde luego a varias provincias seleccionadas de la isla y se adopta finalmente en toda la nación.
- Primeros años 80: Una minoría de líderes musulmanes en conflicto con el régimen de Suharto critica en forma creciente la planificación familiar.
Se evidencian las primeras indicaciones de una baja sustancial en la fecundidad en toda la nación.
- 1997: Se derrumba la rupia, llevando la crisis económica asiática a Indonesia.
- 1998: Cae el gobierno del Nuevo Orden y empieza la era de la reforma.
- 1999-2001: Se hacen intentos de reformar la Junta Nacional Coordinadora de Planificación Familiar bajo el empoderamiento del Ministerio de la Mujer.
- 2001-07: Se coloca a la junta bajo la dirección del ministro de salud, si bien su jefatura queda con algún acceso directo al ministro coordinador del bienestar del pueblo.

Las historias contemporáneas algunas veces reducen los eventos a una simple serie: el presidente Sukarno había prohibido la planificación familiar durante su presidencia (1950-65). Bajo el llamado Nuevo Orden (nuevo régimen) que vino al poder en 1966, el presidente Suharto firmó la Declaración sobre Población de Líderes Mundiales en

1967, estableció el Instituto de Planificación Familiar en 1968 y elevó la condición del instituto a la de junta coordinadora con un jefe directamente responsable al presidente en 1970. La planificación familiar se consideró formalmente y en términos de cambio institucional.

El papel central del presidente Suharto en la formación del programa de planificación familiar y su apoyo inquebrantable para su implementación se reconocen internacionalmente en 1989, al otorgarle las Naciones Unidas su Population Award. Aunque Suharto evidentemente hizo una contribución sobresaliente al programa durante dos décadas, los detalles de los eventos que rodearon la iniciación del programa oficial son importantes por el conocimiento que aportan a las dificultades de superar la inercia del gobierno y la hostilidad hacia la planificación familiar. También clarifican algo de la dinámica encontrada en la política indonesa en un tiempo en que las estructuras de gobernabilidad experimentaban una renovación sustancial.

Los dos actores políticos clave implicados en la iniciación del programa de planificación familiar del gobierno fueron el general Suharto (después presidente) y el general Ali Sadikin, gobernador de Yakarta. Entre 1966 y 1968, Suharto se vinculó a un intento enormemente delicado de asumir en forma gradual el reconocimiento al derecho del poder que de hecho había conseguido a raíz del golpe de 1965-66 (Liddle, 1985). En los primeros lugares de su lista de prioridades estaba el reanudar las relaciones formales con las Naciones Unidas, que se habían roto durante la anterior confrontación de Indonesia con Malasia y sus intentos previos de expulsar a los holandeses de Papúa occidental. Tal reconocimiento diplomático era necesario para incrementar el flujo de ayuda extranjera. El consejo de los tecnócratas de la Junta de Planeación de Suharto y de varios donantes retornando a Yakarta era el mismo: para obtener financiación para el desarrollo, debía controlar el crecimiento de la población de Indonesia. Suharto, lo mismo que Sukarno, pensaba que eso sería imposible dada la oposición religiosa a lo que se consideraba generalmente como una práctica moralmente censurable, pero era un consejo que sencillamente no podía ignorar.

En abril de 1966, durante sus últimos días, un Sukarno políticamente asediado nombró a Sadikin en la sensible posición de gobernador de Yakarta. Obviamente ésa no era una movida que pudiera hacer sin el acuerdo tácito de Suharto, quien tenía realmente las riendas del poder. Sadikin era un marino cuyas responsabilidades anteriores habían estado en el campo de la logística y la formulación de estrategias de batalla. La irregular ciudad llena de pobreza ofrecía un reto verdadero y él se aproximó a ella con el celo de un veterano militar, ensamblando sus “tropas”, fijando sus objetivos y haciendo salidas frecuentes al “campo de batalla” (Ali Sadikin, entrevista por T. Hull y N. Widyantoro, julio 25 de 1989). Los problemas de Suharto incluían intrigas políticas y mucha estrategia, pero Sadikin cada día se enfrentaba a los problemas

prácticos de administrar las necesidades de una ciudad: las demandas de los residentes de la capital nacional en rápido crecimiento aumentaban aún más rápidamente que la ciudad e incluían vivienda, higiene, agua potable, educación e infraestructura.

Los temas de población, aunque pertinentes tanto para Sukarno como para Sadikin, tenían un significado distinto en los dos entornos, el nacional y el de la ciudad (Sadli, 1963). El Nuevo Orden estaba preocupado con el crecimiento económico y la estabilidad política, con el énfasis en la reestructuración económica y el control social. Los manifestantes callejeros que en 1966 habían sido instrumentales para apartar a Sukarno a un lado por la fuerza y apabullar al comunismo fueron refrenados y se les ordenó reasumir sus actividades normales bajo la guía del gobierno dominado por los militares. La competencia política era considerada como enemiga del crecimiento económico y a todos los partidos políticos se les ordenó observar las reglas del gobierno. La mayor parte se fusionó en dos grandes partidos controlados sustancialmente por el gobierno.

Numerosas personas en los consejos del nuevo gobierno presionaron por el control de la natalidad, incluidos funcionarios de planeación capacitados en Estados Unidos (tecnócratas), consejeros de la Fundación Ford, líderes de la Asociación Indonesa de Planificación de la Familia, médicos y miembros de las misiones del Banco Mundial. Suharto fue precavido en su consideración de estas presiones. Al mismo tiempo, el duro gobernador de Yakarta estaba aprendiendo rápidamente lecciones demográficas en sus intentos de renovar una ciudad con vivienda, educación, transporte y servicios básicos deficientes. El crecimiento tan rápido de la población significaba que no importaba cuán rápido trabajara la nueva administración, los problemas parecían crecer siempre a un ritmo más rápido. A mediados de 1966, Sadikin pronunciaba regularmente discursos vinculando los problemas urbanos al rápido crecimiento de la población.

Hacia el final de 1966, Sadikin retó a la Asociación Indonesa de Planificación de la Familia a diseñar un proyecto que ayudara a reducir la tasa de aumento natural de la población en la capital. La asociación había desarrollado una red de clínicas privadas y centros de capacitación para planificación familiar en la década anterior, pero éstos no tenían recursos suficientes para satisfacer las enormes necesidades de la población. A lo sumo, se mantenían como símbolo de lo que podía lograrse si el gobierno complementara los recursos de la asociación. Sadikin fue el primer líder político en comprometer esos recursos. El proyecto piloto de Yakarta, el primer programa de planificación familiar financiado por el gobierno del país, había arrancado y estaba en funcionamiento en abril de 1967. El gobernador apoyaba con frecuencia sus actividades pronunciando fuertes discursos en las inauguraciones de las clínicas y seminarios y estimulando la integración de actividades de planificación familiar

con actividades emprendidas por el Departamento de Salud de la ciudad. Entre 1966 y 1968 la mayoría de las iniciativas oficiales de planificación familiar se realizaban con el patrocinio del gobierno de la ciudad y, posteriormente, cuando empezaron los programas en otras zonas, el ejemplo de Yakarta se citaba como prueba de que el liderazgo fuerte y sensible podía superar los problemas de oposición religiosa e intransigencia comunitaria (Hull, 1987).

Concentrarse en las acciones de individuos como Suharto y Sadikin impide una comprensión del entorno en el que tuvo lugar el debate y las actitudes cambiantes de la comunidad en general. Un ejemplo ilustra la fragilidad de la situación y la importancia del factor político en el desarrollo de la planificación familiar en Indonesia. Una de las actividades clave que llevó al establecimiento de un programa oficial de planificación familiar en 1968 fue la compilación y publicación de un panfleto sobre “Opiniones de las religiones sobre la planificación familiar” (Panitya Adhoc Keluarga Berentjana [Comité *ad hoc* para la planificación familiar], 1968). Basado en un panel de discusión que incluyó representantes del gobierno y líderes religiosos en febrero de 1967, el propósito del panfleto fue documentar la aceptación general de principios de planificación familiar por parte de cuatro de las cinco religiones reconocidas oficialmente: islamismo, protestantismo cristiano, cristiandad católica e hinduismo de Bali. Las consultas no incluyeron el budismo, pues en ese tiempo muchos indonesios no lo reconocían como religión. La discusión y el panfleto capturaron un momento importante en el cambio social, un punto extremo cuando el consenso nacional sobre la moralidad del control natal tornaba de fuertemente negativo a fuertemente positivo.

Quienes contribuyeron a estas discusiones dieron muchas razones que siguen siendo controvertidas décadas después. El panfleto condenó repetidamente el aborto, pero la definición implicada del aborto era con mucha frecuencia vaga y contradictoria. Las motivaciones aceptables para la planificación familiar se formulaban en términos del bienestar de la familia y en el panfleto se asumía que tener “demasiados” hijos era una amenaza tanto para la madre como para la descendencia. Pero al mismo tiempo, declaraba que “el uso de control natal por razones egoístas, sólo para tener un estilo de vida lujoso y razones parecidas, obviamente no puede ser aceptado por la religión” (Panitya Adhoc Keluarga Berentjana, p. 8). En resumen, mientras las religiones podían aceptar el control natal, era sólo aceptable en el contexto de una filosofía de planificación familiar responsable, desinteresada y moral. Las definiciones adoptadas por este consenso nacional dejaron un amplio rango de temas clave de salud reproductiva sin resolver –al lado de temas de derechos humanos que persisten hoy– que iba desde el aborto y las tecnologías reproductivas asistidas hasta servicios para adolescentes y no casados, hasta la panoplia de temas alrededor de la sexualidad

y la identidad sexual. No obstante, el acontecimiento social de 1967-68 aportó el fundamento para un cambio de enfoque por parte del gobierno que llevó directamente a una reducción en la fecundidad.

Después del exitoso ejemplo del programa de Yakarta de Sadikin, en 1967 y 1968, el régimen de Suharto tomó decisiones políticas para iniciar un programa nacional de planificación familiar y, como resultado, empezó a destacarse un conjunto completamente nuevo de temas cuando el programa encontró su lugar en la burocracia. Varias complejidades administrativas estuvieron implicadas, de las cuales las más obvias fueron los asuntos del presupuesto y el personal, pero otros temas importantes relacionados con el ejercicio de autoridad, inclusive los de quién controlaría las clínicas y los servicios de alcance, cómo se fijarían las prioridades de investigación, quién fijaría los términos de evaluación y quién tendría el derecho de administrar la ayuda extranjera. En un sentido general, las respuestas a estas preguntas estaban contenidas en el mandato posterior de la Junta Nacional Coordinadora de Planificación Familiar (Nfpcb, por sus iniciales en inglés) como agencia encargada de las actividades de coordinación implementadas por los departamentos de línea y las organizaciones no gubernamentales. Sin embargo, desde el principio, la Nfpcb fue mucho más que una agencia coordinadora. En 1968, la Asociación Indonesa de Planificación de la Familia transfirió sus clínicas, equipos y suministros en Java y Bali a la Nfpcb a través del Departamento de Salud. Los donantes extranjeros realizaron grandes inversiones en la Nfpcb para formar una burocracia fuerte capaz de manejar las labores de logística, capacitación y promoción que pensaban estaban más allá de la capacidad de los departamentos establecidos de Salud e Información. Al asumir la Nfpcb más responsabilidades de implementación, la coordinación tuvo mejores pautas y tomó las características de control, con un mayor personal cada vez más involucrado en configurar y operar proyectos, a menudo con generosa financiación extranjera.

Los trabajadores de campo de la planificación familiar fueron contratados y equipados por la Nfpcb y no por el Departamento de Salud y, con el correr del tiempo, al crecer su número a más de 6.000, presionaron por una condición permanente dentro de la estructura del gobierno y la consiguieron. Todo esto justificó la expansión de la presencia de la Nfpcb en los gobiernos provinciales y de regencia y, después de una década de crecimiento, la Nfpcb se había convertido en una institución cuasi departamental con un gran personal, una enorme flota de vehículos y edificios impresionantes en Yakarta, las capitales provinciales y muchos pueblos de regencias y subdistritos.

Comprendiblemente, el rápido crecimiento de la Nfpcb y el ágil acceso de la organización a la ayuda extranjera produjeron celos entre los departamentos oficiales más establecidos, en particular el Departamento de Salud y la Oficina Central de

Estadísticas. Desde las *suites* ministeriales hasta las oficinas y clínicas de distrito, se expresaban las quejas sobre la tendencia de la Nfpcb de participar en actividades que estaban más allá de la función de coordinación (Warwick, 1986). Entre tanto, la Nfpcb consideraba que su misión era atender un problema de gran urgencia –la explosión de población– y justificó su activismo como una forma necesaria de eludir burocracias complejas y moribundas.

Equipos de revisión extranjeros reforzaron con regularidad el argumento de la Nfpcb, aunque con el tiempo esos equipos se percataron de que el desarrollo a largo plazo requeriría que el programa de planificación familiar estuviese bien integrado al trabajo de los departamentos de línea y fuertemente arraigado en la comunidad (*ver*, por ejemplo, Snodgrass, 1978). Al finalizar los años setenta, la Nfpcb hacía grandes esfuerzos para incluir a los departamentos y grupos comunitarios en la implementación de proyectos financiados por el extranjero y utilizaba la ayuda de la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional y el Fondo de Población de las Naciones Unidas para capacitar al personal de los departamentos y organizaciones no gubernamentales en los niveles central y provincial (Haryono y Shutt, 1989; Moebramsjah, 1983; Moebramsjah, D'Agnes y Tjiptorahsrdo, 1982; Sumbung, 1989).

No obstante, el conflicto no se disolvió por completo. La rivalidad era evidente entre la Nfpcb y la Oficina Central de Estadística sobre los métodos y propósitos de medir los niveles de fecundidad y las tasas de uso de anticonceptivos. La diferencia entre los estimados de uso corriente de la Nfpcb y la Oficina Central de Estadística era a menudo muy grande, reclamando la Nfpcb en una etapa que el uso de anticonceptivos era alrededor del 60% y el estimado de la Oficina Central de Estadística era de 40%, y las dos organizaciones tenían poca intención de ajustar sus técnicas de estimación para hacer comparaciones válidas. Debido a las demandas de las agencias internacionales de financiación, la Nfpcb arriesgó su reputación en sus estimados de la proporción de mujeres que realmente usaban anticonceptivos, de modo que las diferencias tenían un interés que no era sólo académico. De hecho, los académicos indonesios y extranjeros participantes en la evaluación de los datos se encontraban algunas veces con que sus esfuerzos se frustraban, ignoraban o inhibían (*ver*, por ejemplo, Streatfield, 1985) si cuestionaban la validez de los datos producidos por la Nfpcb o promovían interpretaciones que no daban crédito al programa oficial como principal responsable de la baja en la fecundidad.

La interpretación oficial de los eventos describía a Indonesia como un caso en el que el gran mejoramiento económico iba precedido de la rápida declinación de la fecundidad y podía por tanto atribuirse en gran parte a los esfuerzos del programa de planificación familiar del gobierno (Freedman, Khoo y Suprptilah, 1981; Sinquefield y Sungkono, 1979). Aunque muchos demógrafos interpretaron el papel de la

Nfpcb como de catalizador y no de mecanismo causante principal del cambio en la fecundidad, la interpretación política y popular de la situación se simplificó a la noción de que el gobierno había diseñado un cambio notable por medio de la fuerza de la política, la planeación y el manejo de la logística. Los que financiaron el programa –el Banco Mundial y la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional– acogieron y a menudo promovieron esta idea algo ingenua y muchas agencias de desarrollo acogieron a Indonesia como modelo para otros países en desarrollo, incluyendo el otorgamiento de numerosos premios y galardones a la Nfpcb y a Suharto.

A principios de los años ochenta, la Nfpcb, considerándose la autoridad central en todas las formas de política de población, buscaba activamente una agenda para el asunto de la población formulada por su diputado, la que incluía incursiones en asuntos como el desarrollo de la fuerza laboral, la urbanización y los reasentamientos.

En 1984, el establecimiento del Ministerio Estatal de Población y Medio Ambiente bajo la dirección del profesor Emil Salim, un ministro lleno de energía y experimentado, pronto le redujo el mandato a la Nfpcb para que sólo coordinara esfuerzos específicos de control de la fecundidad. Esto fue un golpe maestro de administración de políticas burocráticas del presidente, ya que por medio de una decisión él reforzó la responsabilidad de la Nfpcb en la planificación familiar y redujo las hostilidades políticas entre la Nfpcb y los departamentos de Trabajo, Transmigración y Obras Públicas, la Oficina Central de Estadística y la Junta Nacional de Planeación.

Diez años después se cambiaron los papeles. El arquitecto jefe del programa de planificación familiar, el doctor Haryono Suyono, fue nombrado ministro de Población y se separó al medio ambiente en otro ministerio. Se estableció la nueva Oficina de Población en los edificios de la Nfpcb y se le dio a un agregado completo de ministros asistentes la responsabilidad de monitorear el movimiento de la población y evaluar los programas de planificación familiar. Aun cuando eran entidades separadas oficialmente, se consideraba popularmente al Ministerio de Población como una validación de la posición y la reputación de la Nfpcb.

Ésta logró legitimización a través del desarrollo de un gran establecimiento y la integración vertical y horizontal de sus actividades a la estructura del gobierno, que a menudo implicaba conexiones con sectores no asociados normalmente con la prestación de servicios de planificación familiar. Entre 1970 y 1990, llegó a ser un rasgo omnipresente de la sociedad indonesia, adornando su símbolo azul afiches, casas y vehículos en todo el archipiélago y repitiéndose las consignas de la planificación familiar diariamente en la televisión y la radio, en formas tradicionales de teatro, entre los *scouts* y grupos femeninos y en las clases escolares, y se mencionaban regularmente en los discursos del presidente. Una gran variedad de organizaciones sociales, como grupos religiosos, establecimientos de fabricación, compañías de teatro culturales y

grupos de jóvenes, fueron activos promoviendo los mensajes de la planificación familiar y ayudando en la organización de los servicios.

El programa de planificación familiar de Indonesia representó así una de las colaboraciones más efectivas entre el gobierno y la sociedad en Asia suroriental, una verdadera colaboración porque el programa enfatizaba instituciones no asociadas normalmente con la planificación familiar, pero lo hizo de tal forma que fue socialmente aceptable y vigorizante.

Aun cuando los mensajes del programa se originaban con frecuencia en los departamentos de Información, Educación, Salud o Asuntos de la Mujer, fue un signo del arraigo de la Nfpcb que cualquiera que fuese la fuente, la gente los identificaba como Kah-Bay (KB, el acrónimo de planificación familiar) y los veía como un tejido sin costuras. En realidad, el programa ha estado lejos de ser sin costuras, y a menudo se ha visto raído y violentado por los altercados de la política burocrática, pero el liderazgo fue brillante reparando los signos externos de conflicto y manteniendo la ilusión de equilibrio perfecto entre los intereses gubernamentales y los sociales.

Surgimiento de objeciones religiosas, años ochenta

Habiéndosele denegado otros medios de criticar al gobierno secular de Suharto, los grupos musulmanes utilizaron algunas veces la planificación familiar como tema que podía ser atacado desde el punto de vista religioso y moral, y obligaron al gobierno a, por lo menos, aparentar que realizó acciones como respuesta a la sensibilidad religiosa (Aidid, 1987). Esto fue evidente en varios contextos. Por ejemplo, el llamado asunto Priok de 1984 consistió en grandes demostraciones callejeras, violenta intervención militar y numerosos arrestos y matanzas en la zona del puerto de Yakarta, que fueron precipitados por sermones de líderes religiosos que, entre otras cosas, criticaban la implementación del programa de planificación familiar. Pocos años después, la Policía en Java oriental prohibió varios libros musulmanes que condenaban ciertas prácticas de control natal. Como programa destacado del gobierno cargado de sensibilidades morales, la planificación familiar constituyó un objetivo natural para cualquier grupo opuesto al régimen, pero la situación adquirió particular importancia cuando el gobierno del Nuevo Orden forzó los partidos políticos musulmanes a una sola agrupación política conglomerada sin poder alguno (el Partido de Desarrollo Unido) y los grupos religiosos musulmanes principales se retiraron de la actividad política abierta. En este entorno, la planificación familiar fue uno de los pocos temas que podían criticarse en un contexto relativamente no político.

En los primeros días del programa, varios líderes religiosos expresaron insatisfacción con métodos específicos de planificación familiar, especialmente el dispositivo

intrauterino, los preservativos y el aborto, y algunos líderes conservadores cuestionaron la osadía de la noción de que los padres, y no Dios, decidiera el tamaño de la familia (Akbar, 1959). Cuando el programa fue más generalmente aceptado en la sociedad y la Nfpcb se hizo mayor y más poderosa, las objeciones religiosas se cambiaron a acciones o políticas específicas. Por ejemplo, en 1983, artículos en la revista musulmana ampliamente distribuida *Panji Masyarakat* alegaban que la Nfpcb utilizaba coerción y métodos inapropiados de control natal.

Los informes de la revista sobre las decisiones del Congreso de Académicos Musulmanes de 1983 incluyeron la condena de la esterilización y la interrupción del embarazo salvo en el caso de emergencia, lo cual fue una crítica directa al apoyo del gobierno a los métodos y la aceptación tácita de las técnicas de aborto de la regulación menstrual que utilizaban los miembros de la profesión médica. El Congreso de Académicos Musulmanes sólo aceptó el dispositivo intrauterino con la condición de que lo insertara una médica o, en situaciones de emergencia, un médico en presencia del esposo de la mujer u otra mujer. Tales quejas no sólo sirvieron para formar actitudes públicas sobre el programa de planificación familiar sino que establecieron límites ficticios a las políticas y actividades de la Nfpcb, impidiendo la aceptación oficial de la esterilización e inhibiendo estrategias del programa para la movilización de la comunidad y campañas con incentivos y desincentivos.

Los desafíos musulmanes a la planificación familiar también subrayaron el peligro potencial para el programa de cambios mayores en la constelación política interna a través de la reemergencia de partidos políticos musulmanes conservadores. Aunque el gobierno de Suharto fue activo en promocionar la fuerza del islam financiando mezquitas, promoviendo la educación religiosa en los colegios oficiales e inyectando los rituales musulmanes en ceremonias seculares y reuniones del gobierno, y por medio de comunicaciones masivas, los líderes musulmanes siguieron siendo críticos de muchos aspectos del Nuevo Orden (Suryadinata, 1989). La oposición musulmana no fue particularmente fuerte en los años ochenta y principios de los noventa, pero el islam conservador surgió como fuerza importante que había que tener en cuenta después de la caída de Suharto en 1998 y el programa de planificación familiar cayó bajo un escrutinio cada vez más crítico.

Durante los años noventa, el programa de planificación familiar se transformó como respuesta a las ideologías y estructuras políticas cambiantes.

Planificación familiar en un orden político cambiante, 1980-2000

Aun cuando la comunidad internacional agasajaba a Indonesia como modelo, era obvio que estaba cambiando mucho más que simplemente la difusión de la anticon-

cepción y la caída de la fecundidad. En 1980, el rápido progreso económico general era claro y los cambios sociales que acompañaban este progreso eran drásticos. No obstante, muchas evaluaciones continuaron tratando el programa de planificación familiar aisladamente. Un buen ejemplo de esto fue el marco de análisis de Lapham y Mauldin (1985) criticado por Entwisle (1989) y Hernández (1984, 1989) (*ver* también Mauldin y Ross, 1991). Si los observadores adoptaban una perspectiva más amplia, podía considerarse al programa de planificación familiar como un medio instrumental de lograr una gran variedad de cambios económicos y sociales por medio del énfasis en proyectos generadores de ingreso, objetivos de bienestar familiar o los llamados grupos aceptantes (Giridhar, Saltar y Kang, 1989; Haryono y Shutt, 1989; Warwick, 1986). Sólo rara vez se analizaba el programa en el contexto de los cambios más extensos ideológicos y políticos que ocurrían en Indonesia (*ver*, por ejemplo, Hull, 1987; Hull y Hull, 1997; Hugo y otros, 1987; McNicoll, 1997).

Este patrón de análisis es extraño, pues el entorno político, en especial los puntales ideológicos de los cambios políticos, eran cruciales para determinar el establecimiento, desarrollo y resultado de los programas del gobierno, incluyendo la planificación familiar, la salud, la educación y el desarrollo social. Aun los elementos del programa acreditados con llevar la anticoncepción y la educación de la población a las aldeas, como el establecimiento de sistemas de distribución basados en la comunidad, eran a la postre productos de los cambios en la estructura arraigada de las aldeas en el período colonial y desarrollados en forma acelerada con el Nuevo Orden (MacAndrews, 1986; Warren, 1986). El gobierno central tuvo éxito desarrollando líneas estrictas de control que llegaron a través de los distintos niveles de la administración política a un grupo base de funcionarios de aldeas que poseían sus propios medios de vida y sus lealtades al Departamento de Asuntos Internos. El programa de planificación familiar representaba un desarrollo al margen (aunque un margen importante) de nuevas formas de gobernabilidad y socialización en una sociedad que se aferraba con firmeza a diferentes opciones para construir una identidad nacional monolítica sobre un fundamento heterogéneo.

El cambio social que se vio entre 1965 y 1990, el período durante el que se redujo esencialmente a la mitad la fecundidad, fue incremental y fue un proceso de transformación a través de una serie de movimientos marginales de refuerzo mutuo. El motor de ese cambio fue menos la institución formal del programa de planificación familiar que el *boom* del petróleo que se inició en los años setenta y alimentó el desarrollo económico, junto a los controles políticos que fijaron la estabilidad. Éstos a su vez, subyacen las reformas burocráticas y las innovaciones en las comunicaciones que hicieron a las regiones sensibles a la dirección central. Sin estos cambios más básicos, la Nfpcb no habría tenido un fundamento firme sobre el cual implementar

acciones para cumplir los objetivos de logística e información para promocionar el uso de anticonceptivos.

Estos cambios políticos y administrativos clave fueron atribuibles a la naturaleza del Nuevo Orden. El cambio del viejo al Nuevo Orden implicó un re-arreglo del poder político tal que las mayores inhibiciones a la planificación familiar, a saber, el islam político y la planeación económica nacionalista, fueron reemplazados por fuerzas que apoyaban el control de la natalidad, esto es, el autoritarismo secular y la planeación tecnocrática modernizante. La nueva agenda incluyó la formación de instituciones de alto perfil con grandes inversiones en el mejoramiento de los departamentos del gobierno central, el fortalecimiento del control del gobierno regional y local, y la dirección de todas las organizaciones sociales a un objetivo de desarrollo bajo la bandera ideológica común de los Panca Sila (los Cinco Principios de la Ideología Nacional). Los Panca Sila se crearon en 1945 en el amanecer de la independencia indonesia para establecer los fundamentos de un Estado secular. Los cinco pilares pueden resumirse como la creencia en Dios, la unidad nacional, el humanismo, la justicia social y el gobierno por consenso (Van Ufford, 1987). En el momento de la formulación de la ideología, y con mucha frecuencia y cada vez más desde ese momento, muchos líderes de la corriente musulmana conservadora de la política han propugnado por modificar o abandonar los Panca Sila a favor de una ideología basada en la religión de apoyo a un Estado musulmán. El programa de planificación familiar ha crecido como producto de un Estado secular, aunque haya incluido políticas formuladas para ser sensibles a los valores y enseñanzas musulmanas (Fathuddin, 1993).

La convocatoria a un Estado musulmán se basa en el argumento de que la gran mayoría de la población es musulmana y los defensores con mucha frecuencia citan cifras que indican que la adherencia es del 95% en lugar del 87% que arrojó el censo o la percepción más pragmática de que una proporción sustancial de los relacionados como adherentes al islam son “musulmanes estadísticos” que lo mencionan como su religión sólo como una opción conveniente para su tarjeta oficial de identidad. Con Sukarno predominó la resistencia a tales políticas religiosas en 1945, y Suharto la mantuvo hasta 1998. Aunque los líderes que reemplazaron a Suharto –B.J. Habibie (1998-99) y Abdurrahman (1999-2001)– fueron orientados más hacia la religión que Suharto, las fuerzas religiosas conservadoras aumentaron su presión entre 2000 y 2006. Habibie y Wahid rechazaron apoyar movimientos hacia un Estado musulmán porque su visión de la nación era el de una poderosa central tecnócrata o una democracia humanista, respectivamente. Su sucesora, Megawati Sukarnoputri (2001-04), la hija de Sukarno, mantuvo el compromiso con un gobierno secular en contra de la presión creciente de muchos legisladores nacionales y líderes locales, que querían una carta constitucional para instituir un Estado religioso con una variedad de leyes

y procedimientos legales para musulmanes aunque respetando los derechos políticos de otras religiones. El presidente Susilo Bambang Yudhoyono, elegido en 2004, mantuvo este compromiso con el laicismo ante las exigencias más abiertas de los grupos religiosos. El temor de muchos laicistas era que los desafíos a la ideología del Estado secular fracturaran la sociedad y, específicamente, colocaran al programa de planificación familiar en la línea de fuego por los temas relacionados con la moralidad, el papel de la mujer, la familia y en particular el tema de la salud reproductiva de los adolescentes.

En el período desde principios de los años ochenta hasta la caída de Suharto y el actual llamado período de la reforma, los cambios sociales relativos al matrimonio y las relaciones familiares se subieron al tren de globalización que fue la marca distintiva del desarrollismo y el consumismo. Al entrar Indonesia a los años noventa, el programa de planificación familiar se había transformado como respuesta a las ideologías y estructuras políticas cambiantes. Movimientos para desregular y privatizar empresas del Estado y el sector financiero se reflejaron en el Programa de Autosuficiencia de Planificación Familiar para privatizar los servicios anticonceptivos y una variedad de iniciativas para reducir el gasto del gobierno en servicios de salud a favor del desarrollo del sector privado. El ascenso de fuerzas privadas y seculares desafió el tipo exclusivista de autoritarismo del primer período del Nuevo Orden y, después de 1989, acompañó las exigencias de mayor apertura en el gobierno, un mayor papel para el parlamento y mayor pluralización del poder. La demanda de mayor participación en el gobierno y mejor sensibilidad de la burocracia generó un enfoque investigativo en la prensa y entre los profesionales y llevó a la difusión pública de reclamos de presión indebida para asegurar el cumplimiento público de los objetivos de la planificación familiar (Hull, 1991). No fue por eso sorprendente que la Nfpcb adoptara una línea de calidad del servicio en la definición de un enfoque de salud reproductiva más integral en el año que conducía y seguía a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo de 1994. Oír quejas de donantes y organizaciones no gubernamentales sobre que las iniciativas de la calidad del servicio parecían ser más decorado de vitrinas que compromisos sinceros tampoco fue sorprendente.

Las consignas no podían superar los hábitos autoritarios y las fuerzas políticas para desafiar y a la postre derrotar al Nuevo Orden y la introducción de una agenda de reforma no pudo movilizarse hasta 1997-99. Aunque estas transformaciones fueron generalmente consideradas como signos de procesos democráticos fortalecidos, demostraron también la persistencia de conflictos debilitadores en la élite nacional. En tal contexto, era difícil que la nación se enfocara en temas como las necesidades de salud reproductiva de la mujer.

Logros en el uso de anticonceptivos y la reducción de la fecundidad

Sin importar lo vacilante que pudiera haber parecido la nave del Estado en 1999, el año en que llegó al poder el presidente Wahid, la situación demográfica no provocó nada del temor y preocupación que habían turbado a los tecnócratas tres décadas antes. En cambio, las noticias sobre planificación familiar y fecundidad parecían bastante buenas, al menos en cuanto a la dirección de las tendencias. El nuevo liderazgo heredó los logros anteriores de planificación familiar (cuadro 15.1). A principios de los años noventa, la mayor parte de las parejas casadas controlaba la natalidad, reflejando principalmente la fácil disponibilidad de una variedad de métodos de anticoncepción en todo el país. La falta de igualdad entre géneros se destaca por los niveles persistentemente bajos de uso informado de preservativos, vasectomía y retiro, que oscilaron entre el 3,1% de las parejas en 1987 y el 2,8% en 2003.

Cuadro 15.1 *Uso informado de métodos de control natal, años seleccionados*
Porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años de edad

Método	1976	1987	1991	1994	1997	2003
Métodos del programa oficial	17,2	40,7	43,7	48,4	51,3	52,4
Dispositivo intrauterino	4,1	13,2	13,3	10,3	8,1	6,2
Píldora	11,6	16,1	14,8	17,1	15,4	13,2
Inyectable	—	9,4	11,7	15,2	21,1	27,8
Implante	—	0,4	3,1	4,9	6,0	4,3
Preservativo	1,5	1,6	0,8	0,9	0,7	0,9
Métodos promovidos por el programa pero no oficiales	0,1	3,3	3,3	3,8	3,4	4,1
Esterilización femenina	0,1	3,1	2,7	3,1	3,0	3,7
Esterilización masculina	0,0	0,2	0,6	0,7	0,4	0,4
Métodos tradicionales	1,0	6,0	2,7	2,7	2,7	3,7
Ritmo	0,8	1,2	1,1	1,1	1,1	1,6
Retiro	0,1	1,3	0,7	0,8	0,8	1,5
Otros, inclusive yerbas y masaje	0,1	3,5	0,9	0,8	0,8	0,6
Uso corriente de cualquier método	18,3	49,8	49,7	54,7	57,4	60,2
Sin uso de ningún método	81,7	52,3	50,3	45,3	42,6	39,7

Fuente: encuesta intercensal de población, 1976; encuesta de prevalencia de uso de anticonceptivos, 1987; encuestas demográficas y de salud, 1991, 1994, 1997, 2003.

Nota: — = no disponible.

De haber hecho el programa mayor énfasis en métodos masculinos de anticoncepción en este período, Indonesia habría logrado tasas aun mayores de prevalencia de uso de anticonceptivos. En cambio, la burocracia titubeó y los líderes en la comunidad y el programa de planificación familiar fueron notablemente conservadores sobre la idea de promover métodos masculinos. Crecientemente cuestionaron la eficacia de los preservativos y la aceptación de la vasectomía, optando por ignorar el hecho de que el público estaba bastante interesado en ensayar métodos masculinos. Parecía ser un asunto de asustar caballos: una vez unos pocos líderes conservadores expresaron preocupación por la moralidad o la eficacia de los métodos masculinos, la 'manada' empezó a correr con ideas infundadas basadas en temores primordialmente masculinos de castración y escapes por agujeros pequeños en el caucho vulcanizado. Como resultado, Indonesia experimentó una baja continua en el uso informado del preservativo para la planificación familiar (y para la prevención del VIH) y el fracaso de la esterilización masculina relativamente económica para siquiera llegar a una novena parte del número de esterilizaciones femeninas. Las mujeres indonesas fueron menos propensas al pánico que los hombres, o al menos aceptaban más los efectos colaterales y la incomodidad que sufrían en su intento de controlar la fecundidad. En un entorno de relativamente poco apoyo, perseveraron con el control natal cambiando de método regularmente.

A través del tiempo, los patrones de uso de anticonceptivos tendieron a mostrar una amplia combinación de métodos, la mayoría de las usuarias escogiendo una u otra formulación de métodos hormonales, pero una minoría sustancial insistiendo con el dispositivo intrauterino. Unas pocas mujeres informaron el uso de métodos tradicionales como el del ritmo o preparaciones herbales. Donde en 1970 se reunía a las mujeres para conferencias en masa sobre la necesidad de control natal, en 1997 virtualmente todas las indonesas sabían cómo obtener y usar varios métodos anticonceptivos y actuaban con base en ese conocimiento. Las jóvenes en particular vieron los métodos como claves para disminuir y espaciar los embarazos de modo que pudieran participar en la fuerza laboral formal. Además, en la economía de rápido desarrollo, la gente se desplazaba cada vez más de los suministros oficiales de anticonceptivos hacia el sector privado, con el resultado de que muchas pagaban por inyectables e implantes proporcionados por parteras que operaban en pequeñas pero lucrativas clínicas. Había tenido lugar un cambio profundo en las actitudes sobre el embarazo. Las parejas encuestadas no citaban ya el proverbio javanés de que "cada hijo trae su propia fortuna" (Hull, 1975), sino que en cambio detallaban la fortuna requerida para criar bien un hijo en un mundo de cambios rápidos lleno de tentaciones para el consumidor y costosos requisitos escolares.

Mientras la tendencia ascendente del uso de anticonceptivos parecía señalar un cambio en los deseos reproductivos de las mujeres indonesas, muchos autores de políticas continuaban temiendo que cualquier vacilación en la presión ejercida por el programa de planificación familiar oficial pudiera invertir la tendencia. Esencialmente, la élite pensaba que las indonesas necesitaban una orientación continua para controlar su fecundidad. Al mismo tiempo, otros observadores temían que el sistema de logística de suministro de anticonceptivos a través de la nación era frágil y que cualquier soplo al presupuesto oficial produciría el colapso de los servicios. La crisis económica de 1997 produjo exactamente las condiciones que estos observadores habían temido: la recesión económica golpeó el presupuesto para planificación familiar y el cambio político llevó con él la solicitud del fin del autoritarismo. Los nuevos líderes del programa de planificación familiar empezaron a diseñar nuevas estrategias para cumplir la declaración de la misión que se revisó para promover el voluntariado y la calidad del servicio. El cuadro 15.1 muestra que en los años siguientes a la crisis, el uso de anticonceptivos subió en lugar de bajar, aun cuando fue acompañado de un cambio sustancial en los métodos utilizados por las mujeres, y a pesar de la publicación regular en varios diarios nacionales de historias especulando que la crisis económica produciría un *baby boom*.

Quizás el punto clave sea que en el tiempo de la crisis económica, la planificación familiar ya era una práctica universalmente aceptada en virtualmente todos los grupos políticos, religiosos y sociales. En adición, la Nfpcb era considerada como uno de los departamentos del gobierno más fuertes en cuanto a planeación, administración y políticas basadas en la evidencia. Cuando golpeó la crisis, el personal de la Nfpcb estaba listo para identificar zonas de necesidad y pudo justificar el apoyo inmediato para la intervención. Los donantes se movieron con rapidez para atender las solicitudes de ayuda para el abastecimiento de suministros. El resultado fue que de 1998 hasta 2003 no ocurrió ninguna crisis nacional en relación con la anticoncepción, aunque algunas regiones aisladas experimentaron problemas de logística y escasez de asistentes en el suministro de algunos métodos (Hull, 1998).

El continuo crecimiento en el uso de anticonceptivos durante tres décadas estuvo relacionado con cambios importantes en la vida de las mujeres indonesas. Enfocándose en los años cruciales de toma de decisiones de la adolescencia y la primera edad adulta, los censos muestran que la participación de las mujeres en la escolaridad aumentó en forma marcada, como también su participación en la fuerza laboral formal. En 1970, alrededor del 50% de las muchachas de 10 a 14 años de edad tenían capacidad de ir al colegio, pero en 1990 el 80% asistía, y en 2000 lo hacía el 92%. Al mismo tiempo, la participación de este grupo de edad en la fuerza laboral formal declinó, tendencia que concuerda con las observaciones en los estudios sobre las comunida-

des que muestran que era mucho menos probable que las jóvenes adolescentes participaran en cualquier forma de trabajo en el hogar o informal que las generaciones anteriores, en parte porque asistían al colegio. Otro factor importante que cambió el papel de las muchachas de 10 a 14 años de edad fue la menor fecundidad de sus madres en los años setenta y ochenta, lo que significó que las adolescentes tenían menos hermanos pequeños que cuidar. Con nacimientos de alta paridad siendo más raros, los hijos obtuvieron beneficios en términos de tiempo libre, mayor participación de los recursos familiares y estímulo para el estudio.

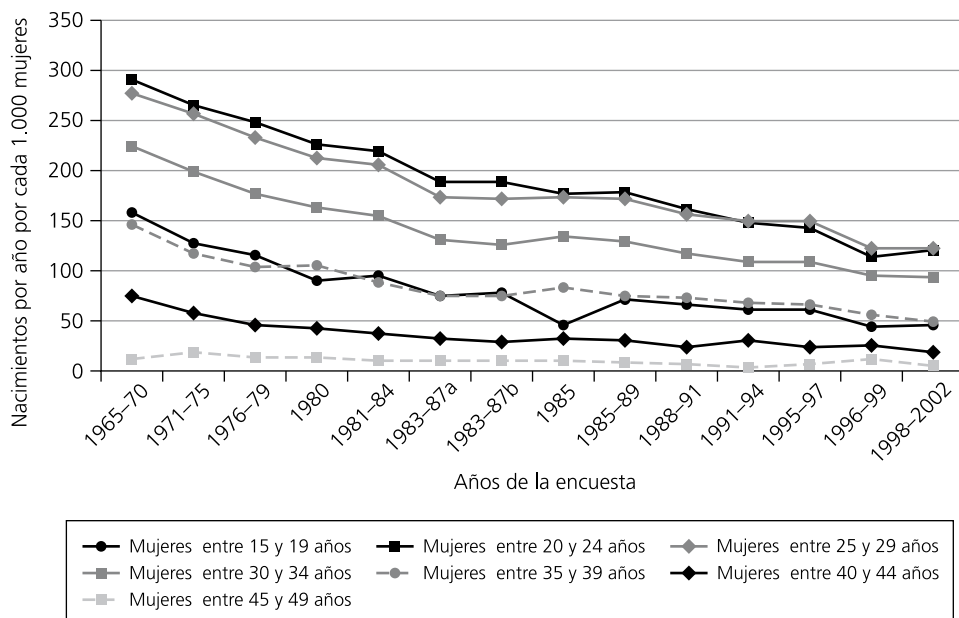
La situación de las adolescentes que entraban a la edad adulta fue algo distinta. Aunque era más probable que continuaran en el colegio, la proporción de muchachas entre 15 y 19 años de edad inscritas en el colegio era sólo del 33% de ese grupo de edad en 1990, más que el 20% en 1971, mientras otro 33% estaba activo en la fuerza laboral formal. Alrededor del 20% del grupo de edad estaba casada en 1990. En ese tiempo, este grupo parecía estar suspendido en una serie de cambios incompletos. Aunque pudieron haber deseado continuar estudiando, encontraron barreras relativas a la disponibilidad de cupos o al costo de matricularse. El empleo pudo haber sido atractivo, pero los puestos de trabajo buenos en la fuerza laboral demandaban capacitación. Cada vez más, se definía la adolescente mayor como todavía no adulta (una condición conferida con el matrimonio), pero ya no una niña, lo que significaba una vida de trabajo informal y confusión sobre las opciones para el futuro. Ciertamente el matrimonio figuraba en forma destacada en el cuadro, pero la búsqueda de un compañero era más problemática, pues las personas jóvenes buscaban más la pareja atractiva, mientras sus padres seguían teniendo un papel importante para arreglar lo que consideraban compañeros apropiados para sus hijas. En 2000, el grupo de edad de entre 15 y 19 años había cambiado en forma considerable. El 50% de las muchachas iba al colegio, sólo el 25% estaba en la fuerza de trabajo formal y apenas el 12% era casada.

Las jóvenes adultas encontraron que los cambios sociales presentaban nuevas opciones, dependiendo de su clase social (Hull, 2002). Para la élite y la creciente clase media, la rápida expansión del sector educativo terciario significaba que podían prolongar sus estudios en varias carreras profesionales y académicas. El sector privado operaba gran parte de las instituciones de educación terciaria que preparaban jóvenes, hombres y mujeres, para carreras en el sector de los servicios o la administración, mientras otras producían maestros y trabajadores del sector de la salud. Pocos estudiantes a nivel terciario podían combinar el matrimonio con los estudios, pero algunos podían trabajar y estudiar al mismo tiempo. La idea de una carrera hacía que las jóvenes reconsideraran el tiempo y estilo de su matrimonio y, cada vez más, el matrimonio no significaba necesariamente un embarazo temprano, tanto porque

podía retrasarse el matrimonio hasta terminar la educación terciaria, como porque la iniciación de una carrera competía con la maternidad. Como las mujeres del mundo desarrollado, las jóvenes indonesas lucharon con las expectativas competidoras de sus familias y sus ambiciosas tentativas de desarrollo personal. En las grandes ciudades, un número creciente de mujeres resolvía las tensiones sencillamente decidiendo permanecer soltera y dedicándose a su carrera. Sin embargo, para la mayoría el matrimonio era la expectativa firme e intentaba alcanzar los objetivos de la carrera y de la maternidad contando con la familia, sirvientes y las licencias de maternidad para ayudarse en los primeros años difíciles de la crianza.

Las tasas de fecundidad específicas por edades que se presentan en el gráfico 15.1 y el cuadro 15.2 muestran el impacto de estos cambios. Grupos sucesivos de personas entre 15 y 19 años de edad han tenido menor probabilidad de casarse y tener hijos, hasta el grado de que la fecundidad del grupo cayó en un 67% entre 1965 y 2000. Las jóvenes adultas tuvieron menos de la mitad de probabilidad de dar a luz en 2000 que

Gráfico 15.1 Reducción de las tasas de fecundidad por grupos de edades, 1965-70 a 1999-2002



Fuente: censo de 1971; encuesta intercensal de población, 1976; encuesta de predominio de uso de anticonceptivos, 1987; encuestas demográficas y de salud, 1991, 1994, 1997, 2002-3; compilación de la encuesta nacional social y económica sumada para 2002, 2003, 2004.

Nota: el eje X no está a escala.

las del mismo grupo de edad de finales de los años sesenta. Para estas mujeres, el patrón de embarazos retrasados fue seguido de menor número de hijos posteriormente. En todos los grupos de edad, cada encuesta sucesiva mostró reducciones continuas en la fecundidad, con una reducción general del 56% en la tasa de fecundidad total entre finales de los años sesenta y 2000. Esto demuestra que los temores de los autores de las políticas de que la crisis económica de 1997 produjera un *baby boom* eran totalmente infundados.

El gráfico 15.1 debe interpretarse con cuidado porque las fuentes de los datos y los métodos de estimación de la tasa de fecundidad total son menos que ideales. El sistema de registro de nacimientos de Indonesia es incompleto, por lo que la fecundidad debe estimarse mediante censos y encuestas periódicas cuyas técnicas de estimación no son precisas. Algunas dependen de los informes de las madres sobre las fechas de los partos recientes y estas madres están sujetas a deslices de memoria. En otras encuestas se calcula la fecundidad reciente observando el número total de hijos de mujeres de grupos de edad específicos, aplicando algunas veces técnicas estadísticas para convertir una forma de reporte en un estimado de la fecundidad anual. Las debilidades de las técnicas de información y estimación se combinan para sesgar los resultados en direcciones distintas, haciendo que cada fuente de datos y método sea potencialmente incomparable con las demás. No obstante, las tasas de fecundidad presentadas en el gráfico 15.1 muestran todas reducciones en un patrón razonablemente consistente, lo que aumenta la confianza de la conclusión de que la fecundidad realmente ha caído en forma sustancial y sigue cayendo. La tendencia reciente de la tasa de fecundidad total (TFT) en el cuadro 15.2 es irregular y no se comprende totalmente. Después de caer de 3,0 a 2,9 a 2,8 en encuestas sucesivas, cayó repentinamente a 2,3 en las dos encuestas siguientes, lo que es improbable. En la última encuesta regresa a la tendencia de largo plazo en 2,6. Las encuestas nacionales han sido realizadas por agencias algo distintas, de modo que puede haber diferencias metodológicas; cambios programáticos o demográficos pueden contribuir también a irregularidades.

Con todas las incertidumbres políticas de Indonesia hoy, decir que la fecundidad no volverá a subir sería imprudente, pero al mismo tiempo no hay indicaciones que sugieran que el gobierno o el público acogerían una mayor fecundidad. Es probable que ésta continúe su reducción a largo plazo, aun si la tasa de disminución se desacelera por el impacto de la mala administración económica y el conflicto político sobre los servicios de salud y de anticoncepción; sin embargo, esta es una proposición que requiere cuidadoso examen.

Cuadro 15.2 Tasas de fecundidad específicas por edades y total, 1964-2002

Período de referencia	Grupo de edad en años							Tasa de fecundidad total (nacimientos por mujer)
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
1965-70	158	290	277	224	146	75	12	5,9
1971-75	127	265	256	199	118	57	18	5,2
1976-79	116	248	232	177	104	46	13	4,7
1980	90	226	213	163	105	43	14	4,3
1981-84	95	220	206	154	89	37	10	4,1
1983-87a	75	189	174	130	75	32	10	3,4
1983-87b	78	188	172	126	75	29	10	3,4
1985	46	176	173	134	83	32	10	3,3
1985-89	71	179	171	129	75	31	9	3,3
1988-91	67	162	157	117	73	23	7	3,0
1991-94	61	148	150	109	68	31	4	2,9
1995-97	62	143	149	108	66	24	6	2,8
1996-99	44	114	122	95	56	26	12	2,3
2000 (promedio 1998-2002)	46	120	123	93	50	19	5	2,3
2000-03	51	131	143	99	66	19	4	2,6
Porcentaje de reducción	67	55	48	55	55	75	67	56

Fuente: censo de 1971; encuesta intercensal de población, 1976; encuesta de predominio de uso de anticonceptivos, 1987; encuestas demográficas y de salud, 1991, 1994, 1997, 2002-3; compilación de la encuesta nacional social y económica sumada para 2002, 2003, 2004.

El futuro de la salud reproductiva en tiempos imprevisibles

Así como los puntos de vista del pasado difieren dependiendo de la interpretación que se aplique a los eventos, el futuro también presenta diferentes posibilidades de acuerdo con la amplia variedad de supuestos razonables que puedan hacerse sobre el curso probable de los eventos. Este punto de vista parece ser el más apto cuando Indonesia lucha con los desafíos de construir una democracia sobre los fundamentos del autoritarismo. Predecir el futuro político de la salud reproductiva requiere entrar en más detalle sobre el potencial del proceso político actual de lo que es posible aquí, pero hay signos de que puedan preservarse algunos legados valiosos del Nuevo Orden y de que los errores más egregios del autoritarismo puedan superarse. En este contexto, la naturaleza de las tendencias de la población y los desafíos de las políticas

sobre población deben entenderse con referencia a la historia del programa de planificación familiar.

Hayes (2006) resume las discusiones recientes sobre el futuro de la planificación familiar en Indonesia en un trabajo realizado como parte del proyecto Sustaining Technical Achievements in Reproductive Health/Family Planning (Sostenimiento de Logros Técnicos en Salud Reproductiva y Planificación Familiar) de asistencia financiado por la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional. El punto de partida de este trabajo es la pregunta de si los niveles de prevalencia de uso de anticonceptivos marcan alguna diferencia en un momento en que la fecundidad parece estar inevitablemente encaminada hacia el nivel de reemplazo. Utilizando proyecciones preparadas por John Ross en 2003, Hayes argumenta que el gobierno todavía se enfrenta a un gran desafío en cuanto al crecimiento general de la población. Si la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos (CPR) se redujera en 0,5 puntos porcentuales por año, la población total crecería en cerca de 50 millones para 2015. Si durante el mismo período la CPR se mantuviera en su nivel, la población crecería menos, en 40,5 millones. Si la CPR aumentara en 0,5 puntos porcentuales por año, la población crecería en sólo 30,9 millones. De hecho, a la Nfpcb le gustaría que la CPR creciera más rápido que esa cifra y un estudio cuidadoso de la demanda no satisfecha de servicios anticonceptivos y de las muchas provincias que tienen una CPR bien por debajo del promedio nacional indica que es factible un crecimiento mayor de la CPR. Si entonces la CPR creciera en un punto porcentual completo por año, el incremento de la población total sería de sólo 22,8 millones, lo que está bastante por debajo (en 27,2 millones) de la adición de 50 millones de la proyección de peor caso basada en una reducción de la CPR de 0,5 puntos porcentuales por año. La enseñanza es clara. Aun al considerar los márgenes de cambio relativamente pequeños encontrados en un país con una CPR relativamente alta y una fecundidad baja, esos cambios causan impactos mayores en la cantidad general de la población y en la consecuente demanda de gasto educativo y de salud.

Desde este punto de partida, Hayes ha intentado desvelar la cuestión de cómo podría incrementarse en mejor forma la CPR. En otras palabras, cómo puede satisfacerse mejor la evidente demanda de las parejas de control de la fecundidad. Los escenarios esbozados en el artículo cubren el corto plazo (2004-06), el mediano plazo (2005-10) y el largo plazo (2005-15). La prioridad del corto plazo es desarrollar instituciones fuertes en el nivel local para promover la planificación familiar bajo el sistema de gobernabilidad descentralizado establecido en 2001, el cual tendría en su centro un sistema de advertencia temprana y respuesta rápida ante cualquier falla del sistema logístico para distribuir una amplia variedad de anticonceptivos. La estrategia de mediano plazo es identificar zonas de necesidad insatisfecha, pobreza

y demanda no atendida y promover servicios de mejor calidad con el propósito de alcanzar la fecundidad al nivel de reemplazo. Por último, a largo plazo, se necesitaría reacondicionar la Nfpcb para realizar las funciones bastante distintas de diseño de políticas de población general y de administración de un sistema de regulación y monitoreo de programas operados por los gobiernos locales.

En su mayor parte, se le han dado alcance a estas ideas con maniobras políticas en la legislatura y en los partidos políticos. La Nfpcb nunca ha tenido apetito de reinención que la despoje de una amplia variedad de funciones de implementación y de los presupuestos de asistencia. Como organismo regulador y de políticas sería convertida esencialmente en una entidad técnica, con requisitos para un perfil diferente del capital humano que ha acumulado en cuatro décadas. Similarmente, la noción a mediano plazo de dirigirse a los pobres y a los insuficientemente atendidos no se concibió de forma que distinguiera con claridad entre las responsabilidades de implementación de los gobiernos locales y la innovación de una agencia central. En cambio, observando nuevamente el flujo potencial de fondos a través de la agencia, la oficina central de la Nfpcb se vio a sí misma como innovadora e implementadora clave. En 2007, muchos de los asesores cercanos a la Nfpcb se habían empezado a preguntar si la agencia había dejado de ser pertinente. Esto no fue porque la transición de la fecundidad hubiera seguido su curso como argumentaban Caldwell, Phillips y Barkat-e-Khuda (2002), sino más bien porque la transición democrática que había producido la descentralización había dejado a la organización actuando con indecisión en una búsqueda incierta de nuevos papeles y funciones.

Las iniciativas de reforma de salud del Ministerio de Salud entre 1998 y 2000 y la acogida más exuberante de la descentralización por parte de ese ministerio (Hull e Iskandar, 2000; Lieberman y Marzoeqi, 2000), ofrecen la esperanza más fuerte de que tanto mujeres como hombres continuarán teniendo acceso a los servicios de anticoncepción, con independencia del destino de la Nfpcb. Después de todo, en el curso del desarrollo del movimiento nacional de planificación familiar, el personal médico fue asistido por trabajadores de campo pagados o voluntarios para prestar los servicios más básicos al grueso de la población. El compromiso de larga duración con los servicios de salud preventivos ofrece un fundamento sólido para servicios de planificación familiar sostenibles y podría utilizarse para mejorar los servicios de prevención de enfermedades transmitidas sexualmente y de la morbilidad y mortalidad asociadas con el embarazo. Una red de fábricas y canales de distribución que ponga a disponibilidad de todos los indonesios una amplia variedad de anticonceptivos constituye un recurso industrial importante digno de mantenerse. Los políticos conservadores podrían cuestionar con el tiempo el mantenimiento de un servicio promocional especializado en planificación familiar en la Nfpcb, pero la sociedad generalmente aco-

ge el trabajo de tal organización como facilitadora de movilización de la comunidad, aun cuando algunas personas cuestionen ciertas actividades específicas.

Los errores pasados originados en el paternalismo y el autoritarismo pueden ser resistentes a la corrección hasta el grado en que los factores culturales soporten muchas prácticas antihigiénicas, ya que no se cambian con facilidad. Reclamos de coerción, insensibilidad, falta de participación o responsabilidad masculina, falta de información adecuada y tratamiento irrespetuoso de clientes pueden, a menudo, ubicarse en relaciones de género, relaciones de clase y culturas organizativas que pueden demandar años, si no generaciones, para compensarse (Hull y Hull, 1997). No obstante, cuando el presidente Wahid nombró a Khofifah Indar Parawansa como ministra para asuntos de la mujer en 1999, muchos observadores se sorprendieron de que dos de sus primeras acciones fueron cambiar de nombre a su cargo por el de ministra para el empoderamiento de la mujer y reclamar autoridad para supervisar la Nfpcb. Ella claramente deseaba enfrentar los temas del género y la moralidad al proporcionar direcciones para el programa de salud reproductiva y preparar una agenda feminista con el fin de asegurar que las mujeres adoptaran un papel activo en la configuración del programa y que los hombres aceptaran algunas de las cargas del uso de anticonceptivos. En los dos años de su permanencia en el cargo, ella guió a la Nfpcb a adoptar una nueva “declaración de visión y misión”. La visión era la de “familias de calidad en 2015” y la misión “empoderar y motivar a la comunidad para formar familias pequeñas y de calidad”, donde a la palabra pequeña no se le dio un valor numérico, pero se la acompañó de una declaración de que las familias deberían llegar a un entendimiento de que la mejor edad para el embarazo es entre los 20 y los 30 años y que debe mantenerse un patrón saludable de espaciamiento de los nacimientos. Efectivamente esto implica una familia de dos o tres hijos, si se asume que una mujer empieza su embarazo a la edad de 20 años, pero como se anotó, las mujeres están retrasando cada vez más el matrimonio y los embarazos por razones de educación y trabajo. Indonesia está ciertamente manteniendo objetivos consistentes con una reducción adicional de la fecundidad, aun cuando el gobierno se mueve para apoderar a las mujeres.

Más allá de la corrección de errores y la preservación de legados valiosos de la planificación familiar están los desafíos de gran magnitud que encuentra Indonesia. Las discusiones sobre la salud reproductiva se aquietan cuando los periódicos presentan titulares de asesinatos en las calles de la ciudad, batallas religiosas en los barrios y corrupción intratable a enorme escala. La pérdida de autoconfianza es un problema para un individuo, pero puede ser una tragedia para una nación. Drena los recursos mentales necesarios para atender los asuntos, incluidas las necesidades de salud reproductiva de los ciudadanos. Aún peor, la pérdida de un sentido de propósito

común borra todas las formulaciones realistas de objetivos de salud de la conciencia nacional. En Indonesia oriental y Aceh, se saludó al nuevo milenio con demandas de separación del Estado y no con planes de cooperación para superar el VIH/SIDA, la mortalidad materna o los embarazos no deseados. Aunque jóvenes incapacitados para trabajar combatieron en las calles por desaires étnicos y religiosos, los espectadores de la violencia aprendieron que la unidad nacional era frágil, el humanismo era condicional, la justicia social problemática y el gobierno por consenso imposible. Desde entonces, la resolución del conflicto en Aceh ha dado al gobierno alguna esperanza de que los conflictos de Papúa y Sulawesi y entre los grupos religiosos pueden superarse.

Para muchas personas, el único pilar de la Panca Sila que quedó en pie fue la creencia en Dios, y con todos los demás pilares debilitados la creencia está abierta a la manipulación en direcciones impredecibles. Sin justicia social, humanismo o gobierno por consenso, la religión podría justificar la intolerancia. Sin unidad nacional, una dependencia de la religión podría promover la destrucción. La esperanza está en el hecho de que los futuros alternativos de Indonesia permanecen abiertos, los cinco pilares presentados en la revolución de 1945 pueden defenderse y el compromiso con el bienestar de los ciudadanos puede ser una realidad si tanto la dirección como la ciudadanía se comprometen con esos valores. Si eso sucediera, el programa de salud reproductiva podría retornar a mejorar la puesta en práctica de actividades en lugar de estar aprehendido en el tratamiento de amenazas de desintegración.

Para la mayoría de los indonesios, el horizonte de tiempo para pensar en el futuro se ha encogido desde 1997. La crisis económica, la turbulencia política y las preocupaciones sobre los mecanismos de soporte de emergencia disponibles en la sociedad han venido a dominar el pensamiento del pueblo. Los políticos tienen un horizonte de tiempo medido en días o semanas, con un límite definido por la próxima elección general. Los economistas se enfocan en la emisión de indicadores económicos clave y emiten fuertes suspiros de alivio cada vez que se publica un estimado de crecimiento positivo y profundos suspiros de depresión cuando piensan en la deuda nacional, la crisis bancaria y la baja inversión extranjera. Aunque se desechan los indicadores macroeconómicos como intereses parroquiales de los hombres de “traje completo”, existen claros vínculos entre estas visiones miopes y los factores que conforman los planes y aspiraciones de las jóvenes que entran a los años de la maternidad potencial. Cada mujer que falla en progresar a niveles superiores de educación arriesga que sus padres la urjan a casarse como futuro alternativo. Cada trabajador femenino despedido de una fábrica arriesga encontrar como alternativa más factible la de quedarse en casa para ocuparse en el trabajo del hogar, incluida la crianza de hijos. Las mujeres sin educación y sin trabajo encuentran que su posición negociadora en la familia está

potencialmente socavada. En tales situaciones, los indonesios de élite temen que las mujeres pobres simplemente se retirarán a tener hijos para darle significado a sus vidas. Los pobres pueden, sin embargo, rechazar esa opción porque todavía desean educación para sus hijos y ven los problemas económicos como barreras que hay que superar invirtiendo más en cada hijo y no apostando a que muchos hijos produzcan algunos triunfadores naturales. Sin embargo, como quiera que se resuelvan la política nacional y los problemas económicos, el pensamiento de los indonesios individuales ha cambiado en formas que implican una fecundidad moderada a baja dependiendo del contexto variable en que vivan y tomen sus decisiones. La predicción de los niveles futuros de fecundidad quiere decir que tenemos que predecir la sociedad futura. Los estudiosos de Indonesia pugnaron por hacerlo en la década anterior. Según la opinión general, la próxima década no presentará un desafío menor.

Referencias

- Aidid, Hasyim. 1987. "Islamic Leaders' Attitudes towards Family Planning in Indonesia (1950's-1980's)." Tesis para el grado de Master of Arts, Asian Studies, Australian National University, Canberra.
- Akbar, Ali. 1959. "Birth Control di Indonesia." *Madjalah Kedokteran Indonesia* 9 (4): 198-215.
- Caldwell, John C., James F. Phillips y Barkat-e-Khuda, eds. 2002. "Family Planning Programs in the Twenty-First Century." *Studies in Family Planning* 33 (1) (número especial).
- Entwisle, Barbara. 1989. "Measuring the Components of Family Planning Program Effort." *Demography* 26 (1): 53-76.
- Fathuddin, H. Usep. 1993. *The Muslim Ummah and Family Planning Movement in Indonesia*. Yakarta: National Family Planning Coordinating Board in cooperation with the Department of Religious Affairs. (Traducción de una versión de 1990 titulada *Umat Islam dan Gerakan Keluarga Berencana di Indonesia*.)
- Freedman, Ronald, Siew-Ean Khoo y Bondan Suprptilah. 1981. *Modern Contraceptive Use in Indonesia: A Challenge to Conventional Wisdom*. Scientific Reports 20. Londres: World Fertility Survey.
- Giridhar, G., E. M. Sattar y J. S. Kang. 1989. *Readings in Population Programme Management*. Singapur: International Committee on the Management of Population Programmes.
- Haryono, Suyono y Merrill M. Shutt. 1989. "Strategic Planning and Management: An Indonesian Case Study." En *Strategic Management of Population Programmes*, ed.

- Gayl Ness y Ellen Sattar, 257–84. Kuala Lumpur: International Council on the Management of Population Programmes.
- Hayes, Adrian C. 2006. “Towards a Policy Agenda for Population and Family Planning in Indonesia 2004–2015.” *Jurnal Kependudukan Indonesia* I (1): 1–11.
- Hernández, Donald. 1984. *Success or Failure? Family Planning Programs in the Third World*. Westport, CT: Greenwood Press.
- . 1989. “Comment.” *Demography* 26 (1): 77–80.
- Hugo, Graeme, Terence H. Hull, Valerie Hull y Gavin Jones. 1987. *Demographic Dimensions of Indonesian Development*. Kuala Lumpur: Oxford University Press.
- Hull, Terence H. 1975. “Each Child Brings Its Own Fortune.” Tesis en demografía para el grado de PhD, Australian National University, Research School of Social Science, Canberra.
- . 1987. “Fertility Decline in Indonesia: An Institutionalist Interpretation.” *International Family Planning Perspectives* 13 (3): 90–95.
- . 1991. *Reports of Coercion in the Indonesian Vasectomy Program: A Report to Aidab*. Development Paper 1. Canberra: Australian International Development Assistance Bureau.
- . 1998. “Indonesia’s Family Planning Program: Swept Aside in the Deluge?” *Development Bulletin* 46 (invierno): 30–32.
- . 2002. “Caught in Transit: Questions about the Future of Indonesian Fertility.” Documento presentado en la Expert Group Meeting on Completing the Fertility Transition, marzo 11–14, United Nations Secretariat, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Nueva York. <http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/RevisedHULLpaper.PDF>.
- Hull, Terence H. y Valerie J. Hull. 1997. “Culture, Politics and Family Planning in Indonesia.” En *The Continuing Demographic Transition*, ed. Gavin W. Jones, Robert Douglas, John C. Caldwell y Rennie D’Souza, 383–421. Oxford, R.U.: Oxford University Press.
- Hull, Terence H. Meiwita B. Iskandar. 2000. “Indonesia.” en *Promoting Reproductive Health: Investing in Health for Development*, ed. Shepard Forman y Romita Ghosh, 79–109. Londres: Lynne Rienner.
- Lapham, Robert J. y W. Parker Mauldin. 1985. “Contraceptive Prevalence: The Influence of Organized Family Planning Programs.” *Studies in Family Planning* 16 (3): 117–37.
- Liddle, R. W. 1985. “Suharto’s Indonesia: Personal Rule and Political Institutions.” *Pacific Affairs* 58 (1): 68–90.
- Lieberman, Samuel S. y Puti Marzoeqi. 2000. *Indonesia Health Strategy in a Post-Crisis, Decentralizing Indonesia*. Report 21318-IND. Washington, DC: Banco Mundial.

- MacAndrews, Colin, ed. 1986. *Central Government and Local Development in Indonesia*. Singapur: Oxford University Press.
- Mauldin, W. P. y J. A. Ross. 1991. "Family Planning Programs: Efforts and Results, 1982–89." *Studies in Family Planning* 22 (6): 350–67.
- McNicoll, Geoffrey. 1997. "The Governance of Fertility Transition: Reflections on the Asian Experience." En *The Continuing Demographic Transition*, ed. Gavin W. Jones, Robert Douglas, John C. Caldwell y Rennie D'Souza, 365–82. Oxford, R.U.: Oxford University Press.
- Moebramsjah, J. 1983. "Management of the Family Planning Programme in Indonesia." In *Views from Three Continents*, ed. Ellen Sattar, 6–21. Kuala Lumpur: International Council on the Management of Population Programmes. (Reimpresión editada de Moebramsjah, D'Agnes y Tjiptorahardjo 1982).
- Moebramsjah, H., Thomas R. D'Agnes y Slamet Tjiptorahardjo. 1982. *The National Family Planning Program in Indonesia: A Management Approach to a Complex Social Issue*. Yakarta: National Family Planning Coordinating Board.
- Panitya Adhoc Keluarga Berentjana (Ad Hoc Committee for Family Planning). 1968. *Pandangan Agama terhadap Keluarga Berentjana* (Puntos de vista de las religiones sobre la planificación familiar). Yakarta: Pertjetakan Hidajah.
- Sadli, Mohammad. 1963. "Indonesia's Hundred Millions." *Far Eastern Economic Review* 42 (4): 21–23.
- Sinquefield, J. C. y Bambang Sungkono. 1979. "Fertility and Family Planning Trends in Java and Bali." *International Family Planning Perspectives* 5 (2): 43–58.
- Snodgrass, D. R. 1978. *The Integration of Population Policy into Development Planning: A Progress Report*. Documento de discusión sobre el desarrollo. Cambridge, MA: Harvard Institute for International Development.
- Streatfield, Peter Kim. 1985. "A Comparison of Census and Family Planning Program Data on Contraceptive Prevalence, Indonesia." *Studies in Family Planning* 16 (6): 342–50.
- Sumbung, Peter. 1989. "Management Information System: The Indonesian Experience." En *Readings in Population Programme Management*, ed. G. Giridhar, E. M. Sattar y J. S. Kang, 13–28. Singapur: International Council on the Management of Population Programmes.
- Suryadinata, Leo. 1989. *Military Ascendancy and Political Culture: A Study of Indonesia's Golkar*. Southeast Asia Series 85. Athens, OH: Ohio University, Center for International Studies.
- Van Ufford, Philip Quarles. 1987. *Local Leadership and Programme Implementation in Indonesia*. Amsterdam: Free University Press.

- Warren, Carol. 1986. "Indonesian Development Policy and Community Organization in Bali." *Contemporary Southeast Asia* 8 (3): 213–30.
- Warwick, Donald. 1986. "The Indonesian Family Planning Program: Government Influence and Client Choice." *Population and Development Review* 12 (3): 453–90.

16

El programa de planificación familiar en Malasia peninsular

Nai Peng Tey

Este capítulo se enfoca en Malasia peninsular, pues el Programa Nacional de Planificación Familiar sólo empezó a operar en Sabah y Sarawak en 2003, aunque se estableció una asociación de planificación familiar (FPA) en Sarawak en 1963 y en Sabah en 1967. La discusión se centra en las primeras etapas del programa, ya que se ha reducido el énfasis en la planificación familiar desde 1984.

Antecedentes sociopolíticos y económicos

Malasia tiene una superficie de 332.762 kilómetros cuadrados, de los cuales 131.675 son de Malasia peninsular y 201.087 de Sabah y Sarawak (antes Borneo del Norte). La Federación Malaya, que consta de 11 estados en lo que actualmente es Malasia peninsular, se independizó del dominio británico en 1957. Sabah, Sarawak y Singapur se unieron a la Federación para formar Malasia en 1963. Singapur abandonó la Federación para formar una nación independiente dos años después. En 2000, la población total era de 23,3 millones de habitantes, el 79,6% viviendo en Malasia peninsular, el 11,2% en Sabah, el 8,9% en Sarawak y el 0,3% en Labuan.

El país ha sido gobernado desde la independencia por una coalición de partidos componentes basados en grupos étnicos. La Organización Nacional Malaya Unida, que representa a los malayos, ha sido el partido predominante en el gobierno de coalición.

La población malaya se caracteriza por una gran diversidad étnica y cultural. En la Malasia peninsular los malayos y un pequeño número de otras poblaciones indígenas comprenden el 60,1% de la población, un aumento del 50% en 1957, con la proporción de chinos e indios declinando en forma correspondiente de 37,0% y 11,0%, a 26,4% y 9,1%, respectivamente. Con los grandes flujos de entrada de trabajadores extranjeros desde los años noventa, los no ciudadanos constituyen ya alrededor del 4% de la población de Malasia peninsular.

Cada comunidad mantiene su propio modo de vida sociocultural en cuanto a religión, idioma, vestimenta y cocina. Los malayos profesan el islam, que es la religión oficial del Estado: los chinos son principalmente budistas o taoístas; los indios son en su mayoría hinduistas y un número significativo de chinos e indios son cristianos. El sistema familiar y las leyes y prácticas sobre matrimonio y divorcio difieren según los distintos grupos étnicos, pero la mayoría se adhiere al modo de vida tradicional de Asia que enfatiza lazos familiares fuertes. Dos sistemas legales rigen al matrimonio y la familia: las leyes musulmanas, sólo aplicables a sus seguidores, y otro conjunto de leyes que se aplica a los no musulmanes.

Los diversos grupos étnicos difieren también en cuanto a ocupación, lugar de residencia, nivel educativo y condición económica. Tradicionalmente, los malayos vivían de manera predominante en zonas rurales, trabajando como agricultores de arroz, pescadores y extractores de caucho. Los chinos han predominado en el comercio y otras actividades urbanas. Los indios han sido el sostén principal de la fuerza laboral en las plantaciones de caucho, aunque algunos han participado en los negocios, el comercio y en ocupaciones profesionales en los centros urbanos (Leete, 1996). Desde el lanzamiento de la nueva política económica en 1970, la tasa de urbanización en Malasia ha venido aumentando rápidamente. Así, entre 1970 y 2000, la tasa de los malayos aumentó de 14,9% a 54,2%, mientras la de los chinos e indios aumentó de 47,4% y 34,7%, a 85,9% y 79,7%, respectivamente.

Hasta los años sesenta, las principales actividades económicas fueron la producción de caucho y estaño para la exportación y una variedad de cultivos de alimentos. En 1970, ligeramente más de la mitad de la fuerza laboral estaba empleada en la agricultura, pero disminuyó al 15% para 2000. Con la industrialización y el rápido crecimiento económico, el producto interno bruto per cápita (en dólares constantes de EUA de 1995) aumentó de US\$950 en 1960 a US\$4.708 en 2001 (Banco Mundial, 2003). Malasia ha sido uno de los casos de éxito de los países en desarrollo. Desde 1970, los planes de desarrollo de Malasia se han orientado por la nueva política económica (1970-90), la política nacional de desarrollo (1990-2000) y la política de visión nacional (2000-10). Estas políticas aspiraron a reestructurar la sociedad, erradicar la pobreza y asegurar la distribución equitativa del ingreso.

Malasia ha logrado también un notable progreso en el desarrollo humano. La expectativa de vida aumentó de 54,3 años en 1960, a 72,7 en 2001. La inscripción en educación primaria está alrededor del 95% y en la secundaria en un 58% (Departamento de Estadística, 1999). Los diferenciales de género en los logros educativos son menores que en el pasado y la tasa de participación femenina en la fuerza laboral ha girado alrededor del 47% (Departamento de Estadística, 2001). En forma paralela al desarrollo socioeconómico, la edad para el matrimonio ha venido aumentando

con rapidez. El promedio de edad de matrimonio en la mujer (una medida indirecta basada en la proporción de las que nunca se han casado en cada grupo de edad) aumentó de 18,5 años en 1947 a 25,1 en 2000. Las mujeres chinas se casan más tarde, más o menos a los 27 años, frente a los 24,8 de las malayas y a los 25,4 de las indias. La proporción de hombres y mujeres alguna vez casados, en los veinte y treinta, ha disminuido en forma sustancial a través de los años. Todos estos cambios sociales, junto a los cambios de política, han afectado en forma significativa la implementación del Plan Nacional de Planificación Familiar.

Tendencias y patrones demográficos

En la mayor parte del siglo XX, la población de Malasia peninsular aumentó a una tasa superior al 2,4% anual, subiendo de unos 3,8 millones en 1931 a 18,5 millones en 2000. Antes de la Segunda Guerra Mundial, el crecimiento de la población se caracterizó por la inmigración en gran escala de chinos e indios. Mientras los chinos fueron atraídos por la oportunidad de empleo en las minas de estaño y en el comercio, los indios fueron contratados para trabajar en la industria del caucho, de rápida expansión.

Con el cese de la inmigración el aumento natural empezó a ser el factor dominante en el crecimiento de la población. Desde finales de los años cincuenta, Malasia peninsular se desarrolló con un alto crecimiento de la población resultante de una alta fecundidad cuando la gran cohorte del *baby boom* de la posguerra empezó a casarse y tener hijos. La tasa bruta de natalidad declinó de unos 46 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes a finales de los años cincuenta, a unos 39 a mediados de los sesenta y a menos de 25 en 1998 (Departamento de Estadística, varios años).

La transición de la fecundidad no ha sido uniforme en los distintos grupos étnicos. La tasa de fecundidad total entre los chinos e indios había declinado ya con relativa profundidad antes del lanzamiento del Programa Nacional de Planificación Familiar en 1967. Entre 1957 y 1967, la tasa de fecundidad total de los chinos cayó de 7,2 hijos por mujer a 5,0 y la de los indios cayó de 7,7 a 6,1. En contraste, la fecundidad de los malayos había disminuido mucho más gradualmente de 6,0 a 5,7 durante el mismo período. En 2000, la tasa de fecundidad total de los malayos había disminuido a 3,5, mientras la de los chinos e indios era de 2,4, apenas por encima del nivel de reemplazo (Departamento de Estadística, varios años). Los estimados preliminares para 2005 mostraron que la tasa de fecundidad total de los chinos e indios estaba por debajo del nivel de reemplazo (1,7 y 1,8, respectivamente), mientras la de los malayos había bajado a 2,8.

El desarrollo socioeconómico y el programa integral de servicios de salud han contribuido a la notable reducción de las tasas de mortalidad. La tasa de mortalidad

bruta cayó de 19,4 muertes por cada 1.000 habitantes en 1947 a menos de 5,0 en 1990. La tasa de mortalidad infantil también disminuyó con rapidez, de 39,4 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos en 1970, a 7,7 en 1998. En adición, los diferenciales étnicos de las tasas de mortalidad se han venido disminuyendo.

El movimiento voluntario de planificación familiar

En 1938 se inició un movimiento voluntario de planificación familiar, cuando el doctor A. E. Doraisamy, un obstetra del gobierno en Kuala Lumpur, conformó un comité de planificación familiar de 10 miembros para ofrecer asesoría y servicios (*ver una cronología de los eventos principales en relación con la planificación familiar en Malasia en el recuadro 16.1*). La primera FPA (asociación de planificación familiar) se fundó en Kuala Lumpur en 1953, seguida por varias asociaciones en otras localidades. En 1962, se habían establecido FPA en cada uno de los 11 estados de Malasia peninsular. En 1958 se formó la Federación de Asociaciones de Planificación Familiar (FFPA) para actuar conjuntamente con el gobierno y la Federación Internacional de Planificación de la Familia: la FFPA se afilió como miembro de esta última en 1961. Entre los miembros fundadores y seguidores de la FPA y la FFPA se encontraban muchos expatriados prominentes, profesionales médicos y esposas de hombres de negocios y políticos influyentes, como Sharifah Rodziah, la esposa del primer ministro, quien fue la primera benefactora de la FFPA (Lee, Ong y Smith, 1973).

Con una donación anual de RM 200.000 del gobierno desde 1962, la FFPA estuvo en posición de contratar recursos humanos para expandir y acelerar las actividades de planificación familiar. El número total de pacientes nuevas y repetidas atendidas aumentó de 19.463 en 1962 a 182.590 en 1966 (Lee, Ong y Smith, 1973). La FFPA y sus afiliadas continúan siendo una de las agencias principales de planificación familiar en el país, junto con la Junta Nacional de Población y Desarrollo de la Familia (Npfdb) y el Ministerio de Salud. La FFPA ha ampliado su radio de acción para prestar una mayor variedad de servicios, como la prueba de Papanicolaou, exámenes de seno, tratamientos ginecológicos menores y revisiones anuales por médicos. Servicios relativos a la menopausia, infertilidad y otros servicios de salud reproductiva están ahora disponibles en la mayoría de las FPA estatales.

Recuadro 16.1 *Desarrollo del Programa Nacional de Planificación Familiar*

- 1938: Se inician las actividades de la planificación familiar voluntaria
- 1953: Se establecen las FPA en Kuala Lumpur y Selangor
- 1958: Se crea la Federación de Asociaciones de Planificación Familiar (FFPA)
- 1961: La FFPA se afilia a la Federación Internacional de Planificación de la Familia
- 1962: Se establecen FPA en todos los estados de Malasia peninsular
- 1962-63: Problemas económicos resultantes de la caída de los precios del caucho y el creciente desempleo impulsan un cambio en la actitud oficial hacia la planificación familiar
- 1964: Se conforma un subcomité del gabinete encabezado por Khir Johari para revisar las tendencias de población y su impacto, lo que lleva a la adopción de una política de planificación familiar
- 1965: Se aceptan las recomendaciones del subcomité del gabinete para implementar el Programa Nacional de Planificación Familiar
- 1966: Se promulga el Decreto-Ley 42 sobre Planificación Familiar y se conforma la Junta Nacional de Planificación Familiar bajo el Departamento del Primer Ministro.
Se realiza la encuesta de familia de Malasia occidental para suministrar información de base para la planeación y evaluación del programa.
- 1967: La Junta Nacional de Planificación Familiar inaugura su primera clínica de prestación de servicios anticonceptivos
- 1970: Se establece el Comité Central de Coordinación para integrar la planificación familiar a los servicios de salud rurales
- 1971: Se integran los servicios de planificación familiar a los servicios de salud materno-infantil del Ministerio de Salud, la Autoridad Federal de Desarrollo de Tierras y los estados
- 1973: Se lanza el Proyecto de Población y Salud (1973-78)
- 1974: Las primeras clínicas introducen la prueba de Papanicolaou
- 1976: Se lanza el Programa de Mejoramiento Urbano
Se lanza el programa de la Asociación de Población de las Naciones de Asia Suroriental con asistencia financiera del Fondo de Población de las Naciones Unidas
- 1977: Se implementan proyectos piloto para integrar la planificación familiar al control de parásitos
- 1978: Se establece el Centro de Investigación Especialista y Reproductiva
- 1979: Se lanza el Proyecto de Población y Salud Familiar (1979-82)
Se establecen clínicas de fecundidad
- 1989: Se traslada la Junta Nacional de Población y Desarrollo de la Familia del Departamento del Primer Ministro al Ministerio de Unidad Nacional y Desarrollo Social

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 16.1)

1996:	El gabinete decide que deben revisarse los papeles y funciones de la Junta Nacional de Población y Desarrollo de la Familia y que debe reestructurarse la organización para reflejar tres cometidos principales: población, desarrollo de familia y salud reproductiva
2001:	El Comité Asesor y Coordinador para el Programa de Salud Reproductiva reemplaza al Comité Central de Coordinación La Junta Nacional de Población y Desarrollo de la Familia pasa a la jurisdicción del Ministerio de la Mujer, la Familia y el Desarrollo de la Comunidad

Cambios en la actitud oficial hacia la planificación familiar, años sesenta

Hasta principios de los años sesenta, la planificación familiar no se había incorporado a los planes de desarrollo. Se percibía a Malasia como un país subpoblado y el gobierno no consideraba el crecimiento de la población como obstáculo para el desarrollo. Sin embargo, problemas económicos emergentes y la percepción creciente de las implicaciones sociales, económicas y de salud a largo plazo de la alta tasa de crecimiento de la población impulsaron al gobierno a cambiar su posición sobre la planificación familiar.

Después de la Segunda Guerra Mundial, el aumento del uso del caucho sintético tuvo efecto negativo serio en el precio del caucho natural. Con un aumento de la tasa de población de 3,2% anual resultante de la alta fecundidad, los ingresos per cápita declinaron entre 1960 y 1962. El gobierno también se dio cuenta de que las grandes disparidades de ingreso entre los distintos grupos étnicos estaban creciendo. La encuesta de 1962 sobre empleo, desempleo y subempleo mostró que la tasa de desempleo en las zonas urbanas había llegado al 10% y que el problema era más serio entre los jóvenes. Al revisar el Plan Quinquenal de Desarrollo en 1963, la Unidad de Planeación Económica del Departamento del Primer Ministro expresó graves preocupaciones sobre los efectos adversos del rápido crecimiento de la población. Un informe entregado por el doctor Lyle Saunders, consultor de la Fundación Ford, mostró que toda la tierra disponible se agotaría en el término de 15 años. Con el reporte se aceleró la adopción de una política de planificación familiar, que también atendería los efectos adversos de los frecuentes nacimientos en la salud materna e infantil (Lee, Ong y Smith, 1973). M. Khir Johari, el ministro de agricultura y cooperativas de 1962 a 1965 y posteriormente ministro de educación, fue el primer ministro del gabinete que expresó preocupación por el problema de la población y solicitó que el gobierno

realizara esfuerzos vigorosos y positivos para incorporar el Programa Nacional de Planificación Familiar al plan nacional de desarrollo (Lee, Ong y Smith, 1973).

El primer ministro y sus colegas del gabinete defendieron la planificación familiar como forma de vida, haciéndola parte de un paquete de salud para mejorar la salud de las madres y los niños y el bienestar de las familias. En forma contraria a las anteriores creencias de la posibilidad de oposición religiosa general a la planificación familiar, las objeciones religiosas a la planificación familiar fueron mínimas y provinieron principalmente de la Iglesia católica. No hubo objeciones al apoyo del gobierno al trabajo voluntario de las FPA y, en adición, la profesión médica había asegurado al gobierno que apoyaría activamente y participaría en el programa nacional. La disponibilidad de buenas instalaciones médicas y de salud en todo el país había facilitado también la prestación de servicios de planificación familiar (Khir Johari, 1969).

La oposición malaya a la planificación familiar tenía que ver principalmente con la cuestión de si la planificación familiar iba en contra de las enseñanzas del islam. Respondiendo a estas preocupaciones en el parlamento el 28 de marzo de 1966, Khir Johari declaró que otros países musulmanes habían adoptado también políticas de planificación familiar y reaseguró a sus oyentes que el gobierno no tenía intención de obligar a nadie, musulmán o no, a aceptar los servicios de planificación familiar del gobierno (Lee, Ong y Smith, 1973).

Lanzamiento del Programa Nacional de Planificación Familiar, 1965-67

En noviembre de 1964, se conformó un subcomité del gabinete para revisar las tendencias de la población y su impacto en el desarrollo social y económico del país. El subcomité sugirió formas de obtener apoyo popular para la reducción de la fecundidad y recomendó un enfoque integrado para la implementación efectiva del Programa Nacional de Planificación Familiar.

El gabinete aceptó el informe del subcomité a mediados de 1965 y en marzo de 1966 se presentó el Proyecto de Ley sobre Planificación Familiar al parlamento que se aprobó como la Ley de Planificación Familiar No. 42 de 1966 y recibió la aprobación real. Tras la promulgación de la ley, se conformó la Junta Nacional de Planificación Familiar (NFPB, o la junta) en 1966 bajo el Departamento del Primer Ministro como organismo estatutario interministerial con cierto grado de autonomía. Los tres objetivos principales del Programa Nacional de Planificación Familiar fueron:

- Mejorar la salud y bienestar de la familia a través de la aceptación voluntaria de la planificación familiar

- Aumentar el ingreso promedio anual per cápita de RM 950 en 1966 a RM 1.500 para 1985
- Reducir la tasa de crecimiento de la población de alrededor del 3% en 1966 al 2% para 1985

Khair Johari fue nombrado primer presidente de la NFPB y el doctor Ariffin Marzuki, un obstetra del gobierno que había apoyado mucho las distintas FPA, fue nombrado primer director general. La NFPB tenía 21 miembros, de los cuales 10 representaban a los ministerios y departamentos del gobierno y 11 eran miembros prominentes del sector no gubernamental. El establecimiento de la NFPB permitió desarrollar e implementar objetivos, estrategias y planes detallados referentes a la población y la planificación familiar.

En 1966 se realizó la encuesta familiar de Malasia occidental para obtener información base de comparación para la planeación e implementación del programa. La encuesta mostró que el 70% de las mujeres casadas en edad reproductiva aprobaba la planificación familiar y el 36% no quería tener más hijos. Entre las que deseaban no tener más hijos, sólo el 14% había utilizado algún método de control natal. Los hallazgos de la encuesta indicaron tanto la ausencia de oposición fuerte a la planificación familiar como una necesidad sustancial no satisfecha de la misma. Las FPA eran la única fuente de servicios de planificación familiar y sólo operaban en zonas urbanas.

La NFPB inauguró sus primeras clínicas en mayo de 1967 y la expansión del programa implicó el uso de instalaciones de salud existentes en cooperación con el gobierno y hospitales privados, clínicas de salud, practicantes privados y FPA.

La ayuda extranjera tuvo un papel importante en las primeras etapas del programa de planificación familiar de Malasia. Agencias internacionales y fundaciones extranjeras, como la Fundación Ford, el Consejo de Población, la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia proveyeron varias clases de ayuda. Con la implementación del Proyecto de Población (1973-78) y el Proyecto de Población y Salud Familiar (1979-82), el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial proporcionaron también significativa ayuda financiera y técnica para la implementación de programas de población, planificación familiar y salud familiar (Noor Laily y otros, 1982).

Funciones y estructura organizativa de la NFPB

Las funciones de la NFPB, según se ordenaron en la Ley Nacional de Planificación Familiar No. 42 de 1966, eran las siguientes:

- Formular políticas.
- Diseñar métodos para la promoción del conocimiento y la práctica de la planificación familiar con base en la salud de las madres y los hijos y el bienestar de la familia.
- Programar, dirigir, administrar y coordinar actividades de planificación familiar.
- Capacitar a los participantes del trabajo de extensión de planificación familiar
- Realizar investigación sobre métodos médicos y biológicos de planificación familiar.
- Promover estudios e investigación sobre las interrelaciones entre los cambios sociales, culturales, económicos y de población, y sobre patrones de fecundidad y maternidad.
- Establecer un sistema de evaluación para medir la efectividad del programa y el progreso realizado en el cumplimiento de los objetivos nacionales.

La NFPB inició su operación en 1966, con un personal de seis miembros. El personal aumentó a 73 en 1967 y a 216 en 1968. De ahí en adelante, el éste aumentó con menor rapidez a 544 en 1975 y aún más gradualmente en los años siguientes, llegando a 750 en 2004 (NFPB, varios años).

Al principio del programa, la NFPB la encabezaba un director general asistido por jefes de división, y en 1974 se nombró un director general diputado. Inicialmente, la junta tenía cuatro divisiones: Administración General y Finanzas; Investigación, Evaluación y Planeación; Servicios, Suministros y Capacitación, e Información. La estructura organizativa ha experimentado cambios con la expansión del programa y los distintos papeles de la junta a través de los años. En 1982 la junta tenía seis divisiones en las oficinas principales: Administrativa, de Finanzas y Suministros; Capacitación y Desarrollo de Fuerza Laboral; Información, Educación y Comunicación; Investigación, Evaluación e Información para la Administración; Investigación de Servicios, Especialista y Biomédica, y Planeación y Desarrollo. Se hicieron más cambios a la estructura organizativa de la NFPB tras el cambio en el cometido del programa en 1984, cuando la junta pasó a tener el nombre de Junta Nacional de Población y Desarrollo de la Familia (NpfdB, por sus iniciales en inglés). En la actualidad, las tres divisiones temáticas principales de la junta se relacionan con población, desarrollo de la familia (como matrimonio y consejería sobre paternidad) y salud reproductiva.

Como coordinadora general del programa, la junta es responsable de organizar, dirigir, administrar y coordinar las actividades relacionadas con la planificación familiar y la población. Desde su iniciación, la junta ha conformado los siguientes comités para coordinar la implementación del Programa Nacional de Planificación Familiar:

- El Comité Ejecutivo, que toma decisiones sobre asuntos de políticas, implementación, financieros y administrativos.
- El Comité Nacional de Planificación Familiar y sus distintos subcomités sobre servicios, capacitación, información, educación, comunicación y evaluación, en los niveles central y estatal.
- El Comité Central de Coordinación, que trabaja sobre la integración de los servicios de planificación familiar a los servicios rurales de salud en los niveles central y estatal.
- El Comité de Asesoría e Investigación Médica.
- El Comité Nacional Conjunto de Investigación.
- El Comité Asesor Nacional sobre Asuntos Religiosos.
- El Comité de Dirección de Proyectos, que coordina y monitorea las actividades del Proyecto de Población y Salud Familiar financiado por el Banco Mundial y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

La estructura organizativa ha facilitado la implementación ordenada del Programa Nacional de Planificación Familiar. La junta se ha beneficiado también con el apoyo y la cooperación de otras agencias oficiales, organizaciones internacionales y no gubernamentales. Los practicantes privados han participado también en los servicios de planificación familiar.

Los servicios de anticoncepción se prestan actualmente a través de una red extensa de 2.924 clínicas (50 clínicas de NpfdB, 2.822 del Ministerio de Salud, 47 de FPA y 5 del ejército) y 312 clínicas móviles (24 de NpfdB, 40 del Ministerio de Salud y 248 de FPA). En las zonas urbanas existe disponibilidad de servicios de planificación familiar en hospitales generales y de distrito, centros de salud, clínicas de fábricas y consultorios de practicantes privados. Los servicios en las zonas rurales se prestan principalmente en los centros integrados de planificación familiar y salud materno-infantil del Ministerio de Salud.

Evolución del Programa Nacional de Planificación Familiar, 1967-84

En su iniciación, el Programa Nacional de Planificación Familiar adoptó un enfoque clínico, utilizando personal médico y paramédico, y también trabajadores especialmente capacitados en planificación familiar, para la provisión de servicios e información. Desde 1973, el enfoque clínico se ha transformado gradualmente en un enfoque multisectorial y multidisciplinario con mayor énfasis en el desarrollo y el bienestar de la familia (Noor Laily y otros, 1982; Tey, 1991; Naciones Unidas, 1987).

La NFPB elaboró un plan decenal (1967-76) para implementar el Programa Nacional de Planificación Familiar en fases, empezando en las zonas metropolitanas, donde las instalaciones de salud eran mucho mejores que en otras partes, para atender a parejas receptivas al concepto de regulación de la fecundidad. El cuadro 16.1 resume las distintas fases del plan.

La expansión del programa a las zonas rurales a principios de los años setenta se encontró con varios problemas relacionados con escasez de personal capacitado, instalaciones y recursos. Como medio de superar estos problemas, se integraron funcionalmente los servicios de planificación familiar a los servicios de salud materno-infantil del Ministerio de Salud. Se estableció el Comité Central de Coordinación en 1970 para coordinar los esfuerzos del Ministerio de Salud, la NFPB y las FPA en relación con la prestación de servicios de planificación familiar. Un acuerdo tripartita entre la Autoridad Federal de Desarrollo de Tierras, el Ministerio de Salud y la NFPB dio como resultado la integración de los servicios de planificación familiar a los programas sociales de la Autoridad. Con este arreglo, la NFPB capacitaba parteras para la prestación de los servicios de planificación familiar junto a otros servicios sociales y de salud prestados bajo los esquemas de desarrollo de tierras. En adición, se contrató a practicantes privados, asistentes de parto tradicionales, y se hizo un llamado a plantaciones de caucho y al sector industrial para participar en el programa. En 1976 se lanzó un programa de mejoramiento urbano para prestar servicios a quienes migraban a zonas urbanas con servicios insuficientes, en especial los de asentamientos precarios, donde se carecía de instalaciones de planificación familiar y salud.

En 1972, una misión de evaluación del Banco Mundial recomendó un mayor fortalecimiento del programa de planificación familiar y la introducción de programas de educación en población, nutrición y salud, particularmente para la población rural. En consecuencia, se lanzó el Proyecto de Población (1973-78), con financiación

Cuadro 16.1 Fases para la implementación del Programa Nacional de Planificación Familiar, 1967-76

<i>Fase</i>	<i>Actividades</i>
Fase I (1967-68)	Cubrir los grandes municipios que tuvieran hospitales de maternidad, centros rurales de salud seleccionados y zonas piloto de estudio.
Fase II (1969)	Cubrir ciudades pequeñas y centros de salud rurales adyacentes.
Fase III (1970-72)	Cubrir los centros de salud restantes e integrar los servicios de planificación familiar a los servicios de salud materno-infantil del Ministerio de Salud.
Fase IV (1973-75)	Prestar cobertura adicional en zonas rurales relativamente remotas por medio de unidades móviles e incluir asistentes tradicionales de parto como motivadoras y proveedoras del servicio.

total de US\$14,76 millones: US\$5 millones del Banco Mundial, US\$4,53 millones del Fondo de Población de las Naciones Unidas y US\$5,23 millones del gobierno de Malasia. A éste siguió la implementación del Proyecto de Población y Salud de la Familia (1979-82), con financiación de US\$17,0 millones del Banco Mundial, US\$6,5 millones del Fondo de Población de las Naciones Unidas y US\$20,7 millones del gobierno de Malasia (Noor Laily y otros, 1982).

El Proyecto de Población inició un enfoque multidisciplinario sobre el problema de la población con el propósito de aumentar el radio de acción de la planificación familiar de la simple reducción de la fecundidad al mejoramiento del bienestar general de la familia y la sociedad. El proyecto se diseñó para fortalecer e intensificar el programa de planificación familiar y los servicios de salud materno-infantil e incorporar educación sobre vida familiar y población en el sistema educativo. Se estableció la Unidad de Estudios de Población en la Universidad de Malasia para efectuar investigación sobre las interrelaciones entre la población y el desarrollo. Para cumplir sus objetivos, el Proyecto de Población proporcionó el desarrollo de la infraestructura para la prestación de los servicios especializados de planificación familiar, incluso consejería matrimonial y genética, investigación y tratamiento de infertilidad, tamizado de cáncer y un sistema efectivo de seguimiento para promover la investigación biomédica.

El enfoque multidisciplinario del Programa Nacional de Planificación Familiar apoyó también programas sociales relacionados y actividades encaminadas a elevar la calidad de vida, inclusive el mejoramiento de la condición de la mujer. Se hicieron intentos de integrar los servicios de planificación familiar con otros servicios sociales y se implementaron proyectos piloto para integrar la planificación familiar con el control de parásitos para cubrir segmentos desfavorecidos de la población urbana y rural. Se intentó también un enfoque de tres puntas que incluyó mejoras en el medio ambiente, la salud y los servicios de bienestar social y la promoción de mayor participación comunitaria para mejorar la condición de los pobres urbanos (Noor Laily y otros, 1982).

Incorporación del Programa Nacional de Planificación Familiar a los planes de desarrollo

Desde la iniciación del Programa Nacional de Planificación Familiar, los temas de planificación familiar y de población se incorporaron a los sucesivos planes de desarrollo. Hasta finales de los años setenta, el objetivo demográfico era bajar la tasa de crecimiento de la población reduciendo la tasa de natalidad bruta por medio de la contratación de un número creciente de nuevas aceptantes.

El Primer Plan de Malasia (1966-70) subrayó la importancia de la planificación familiar para el desarrollo económico y social exitoso. Se reconoció que una alta tasa de incremento de la población planteaba problemas desafiantes para proporcionar empleo productivo a quienes entraban cada año a la fuerza laboral. Además, el documento del plan anotaba también que los recursos que podrían haberse utilizado para aumentar el nivel de bienestar se dedicarían en cambio a apoyar el crecimiento de la población con el estándar de vida existente. Así, uno de los objetivos del plan fue fijar las bases para un crecimiento de la población menos rápido instituyendo un programa efectivo de planificación familiar. El objetivo demográfico fue reducir la tasa de natalidad bruta de 37,3 nacimientos vivos por 1.000 habitantes a 35,0 durante el período del plan. Esto exigía contratar 345.350 nuevas aceptantes. En adición, se consideró que la planificación familiar era de importancia vital desde el punto de vista de la salud materno-infantil y se implementaría en conjunto con la extensión de instalaciones médicas y los servicios de salud pública (gobierno de Malasia, 1966).

Como ya se anotó, el programa evolucionó para abarcar un enfoque integrado a la población y el desarrollo. Mientras el Primer Plan de Malasia simplemente reconocía las implicaciones de una alta tasa de crecimiento de la población en cuanto a creación de puestos de trabajo y costos sociales, los planes posteriores incluyeron consideraciones del impacto del crecimiento de la población en la educación, la salud, la vivienda y la provisión de necesidades básicas. La tasa de natalidad bruta debía reducirse también a 30 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes para el final del período del Segundo Plan de Malasia (1971-75) con la adición de 535.000 nuevas aceptantes y a 28,2 para el fin del período del Tercer Plan de Malasia (1976-80) con la adición de al menos un millón de nuevas aceptantes.

El Segundo Plan de Malasia hizo mayor énfasis en los factores de la población al incluir un análisis de tendencias y estructura y proyecciones detalladas, incluyendo la población de edad escolar y la de edad laboral, como base de la planeación. Durante los años setenta, los problemas asociados con el aumento de la población, como la necesidad de incrementar el gasto público en servicios sociales y las presiones sobre la creación de empleos, continuaron ocupando la atención de los planeadores (Gobierno de Malasia, 1971).

El Tercer Plan de Malasia amplió el radio de acción del programa de planificación familiar de un método sólo orientado a la salud y basado en las clínicas a un enfoque orientado al bienestar de la comunidad, y la introducción de educación sobre la población ejemplificó aún más la creciente importancia de los factores poblacionales dentro del marco de desarrollo socioeconómico. El plan declaraba que el mejor enfoque de la planificación familiar, aparte del clínico, era combinar un programa fuerte con esfuerzos para crear las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas

conducentes a la aceptación de una norma de familia pequeña (Gobierno de Malasia, 1976).

En el período del Cuarto Plan de Malasia se realizó un cambio mayor en la política sobre planificación familiar. Aunque el plan seguía haciendo énfasis en la importancia de los factores poblacionales, declaraciones sobre los efectos adversos del aumento de la población en el crecimiento económico y en la estructura socioeconómica sobresalieron por su ausencia. En cambio se hizo énfasis en la planeación laboral y la necesidad de mejorar la calidad y productividad de la fuerza de trabajo para proveer los insumos críticos al esfuerzo de desarrollo socioeconómico. Dado el optimista panorama económico en ese tiempo y la desaceleración esperada en el crecimiento de la población y la fuerza laboral, el plan también preveía una caída de la tasa de desempleo y expresaba preocupación por la posibilidad de escasez laboral emergente (Gobierno de Malasia, 1981).

La nueva política de población, 1984 hasta el presente

Varios desarrollos de finales de los años setenta y principios de los ochenta llevaron un retroceso drástico de la política oficial de antinatalista a pronatalista. Entre esos desarrollos se dieron un resurgimiento del fundamentalismo islámico, de la escasez laboral después de la rápida industrialización, y la posesión del doctor Mahatir Mohamad como cuarto primer ministro de la nación.

En Malasia se presentó un resurgimiento del fundamentalismo islámico en los años setenta dirigido por los malayos que regresaron de universidades extranjeras y que reaccionaron al choque cultural que habían experimentado en el exterior y a la occidentalización. Como respuesta, el gobierno tomó varias medidas para elevar el perfil público del islam (Leete, 1996). El resurgimiento del fundamentalismo islámico contribuyó probablemente al cambio de la política oficial sobre planificación familiar, al interpretarse la enseñanza islámica como pronatalista.

Con la economía creciendo a más de 8% anual, varios sectores se enfrentaban a escasez de mano de obra, lo que produjo un flujo de trabajadores extranjeros desde principios de los años ochenta. El apretamiento del mercado laboral fue otra de las razones principales para la solicitud del gobierno de una revisión de los objetivos demográficos del país.

Al llegar al cargo de primer ministro en 1981, Mahathir, un antiguo radical y crítico del gobierno, hizo cambios drásticos en las políticas exterior e interior del país y buscó la industrialización rápida. En su discurso a la Asamblea General de la Organización Unida Nacional de Malasia en 1982, Mahathir sugirió que Malasia podría soportar una población de hasta 70 millones de habitantes. Este cambio en la política

oficial fue declarado en la revisión de mitad de período del Cuarto Plan de Malasia, que sugirió que era necesario un mercado interno más grande para el desarrollo industrial (Gobierno de Malasia, 1984).

Las proyecciones de población basadas en tendencias pasadas sugerían que la población se estabilizaría en unos 40 millones de habitantes para 2050. Por tanto, para alcanzar una población de 70 millones sería necesaria una revisión de la política de planificación familiar y de los objetivos demográficos. La NFPB conformó un comité *ad hoc* con el fin de examinar varios escenarios para alcanzar el objetivo de 70 millones y sus implicaciones sociales y económicas, y recomendó una desaceleración de la tasa de reducción de la fecundidad permitiéndose que cayera en 0,1 hijos cada cinco años para llegar a la fecundidad de reemplazo en 2070. Con la adopción de la nueva política, la NFPB cambió de nombre a la Npfdb. Posteriormente, se redujo el énfasis de la planificación familiar y se aumentó el de desarrollo de la familia y la salud reproductiva. Los programas de información, educación y comunicación se suspendieron. Estos cambios en el cometido del programa produjeron una reducción temporal en la aceptación de la planificación familiar; sin embargo, el impacto de la nueva política de población en la tasa de fecundidad fue evidente sólo para los malayos y por unos cinco años. Las fuerzas del cambio social, incluyendo la del retraso en el matrimonio, han producido también una reducción relativamente rápida en la fecundidad malaya, aun en el estado de Kelantan, donde era más fuerte la influencia musulmana.

Se separó a la Npfdb del Departamento del Primer Ministro y se la trasladó al Ministerio de Unidad Nacional y Desarrollo Social. Con la disolución del Ministerio de Unidad Nacional y Desarrollo Social después de las elecciones generales de 2000, la junta ha sido trasladada desde entonces al Ministerio de Desarrollo de la Mujer, la Familia y la Comunidad.

Impacto del Programa Nacional de Planificación Familiar

La efectividad e impacto del Programa Nacional de Planificación Familiar puede evaluarse a partir de la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos y de la reducción en la fecundidad. En adición a prestar servicios de anticoncepción, la NFPB tuvo un papel importante en la información y educación del público sobre anticonceptivos y los beneficios de la planificación familiar, que habrían afectado también la práctica de la planificación familiar. El cuadro 16.2 presenta las tendencias del conocimiento y práctica de anticonceptivos.

Cuadro 16.2 Conocimiento y práctica de planificación familiar, años seleccionados porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años de edad

Año	Sabe usar al menos un método	Ha usado alguna vez anticoncepción	Usa un método actualmente	
			Cualquiera	Moderno
1966	22	14	8	8
1970	85	27	16	16
1974	92	53	38	30
1984	99	77	62	35
1994	—	73	55	39
2004	—	68	49	41

Fuente: Chander y otros, 1977; Hamid y otros, 1988; NFPB, 1967; tabulaciones del autor basadas en las encuesta de población y familia de 1994 y 2004.

Nota: — = no disponible.

Conocimiento de la planificación familiar

Al principio del programa, el 22% de las mujeres casadas en edad reproductiva sabía usar uno o más métodos de planificación familiar (cuadro 16.2). La proporción que sabía usar un método oscilaba entre un 13% de las mujeres rurales y un 45% de las urbanas. Se hallaron grandes diferenciales entre los grupos étnicos (10% en las mujeres malayas, 12% en las indias y 47% en las chinas).

La efectividad de las actividades de información, educación y comunicación, incluido el uso de medios masivos de comunicación, produjo un agudo aumento en el nivel de conocimiento de planificación familiar. En la encuesta de pos-enumeración de 1970, el 85% de las mujeres casadas en edad reproductiva informó que sabía usar al menos un método de anticoncepción. Niveles crecientes de educación habrían contribuido también a la mejora del conocimiento sobre planificación familiar, que ha sido casi universal desde 1984.

Actitudes hacia la planificación familiar

Según la encuesta de familias de Malasia occidental de 1966 el 70% de las encuestadas aprobó la planificación familiar, oscilando entre un 68% en las mujeres rurales, un 73% en las de zonas metropolitanas y un 77% en las de ciudades pequeñas. En las mujeres entre 35 y 44 años de edad, la proporción que aprobó la planificación familiar fue menor en las mujeres indias (49%) y mayor en las chinas (73%), quedando las malayas en el medio (64%).

En la misma encuesta se halló que la proporción de mujeres que no deseaba tener más hijos iba de 12% entre las de 15 a 24 años de edad, a un 34% entre las de 25 a 34 años y a 61% entre las de 35 a 44 años. En términos de localización, el 81% de las mujeres de 35 a 44 años de zonas metropolitanas y ciudades pequeñas no quería tener más hijos; al igual que respondió el 52% de las de zonas rurales. La alta proporción de mujeres deseando no tener más hijos reveló que la demanda de servicios de planificación familiar era sustancial.

Práctica anticonceptiva

En 1966, el 14% de las mujeres casadas en edad reproductiva de Malasia peninsular había utilizado uno o más métodos de control natal y la píldora era el más popular. Más de la mitad de las que usaron algún método lo hicieron antes de su cuarto embarazo y un gran porcentaje de mujeres había usado la planificación familiar para espaciar los hijos y no para limitar su número. El 64% de las mujeres que sabían usar algún método lo usó. La falta de conocimiento sobre planificación familiar fue una de las razones principales de la baja tasa de uso de anticonceptivos al principio del Programa Nacional de Planificación Familiar.

Después del lanzamiento del programa, la proporción de mujeres casadas en edad reproductiva que había usado alguna vez un método anticonceptivo casi se duplicó, de 14% en 1966 a 27% en 1970, llegando a su pico de 77% en 1984 (cuadro 16.2). La proporción que usaba un método moderno de anticoncepción aumentó al 30% en 1974 y al 41% en 2004, mientras que la proporción que utilizaba cualquier método empezó a declinar después de 1984, presumiblemente debido al cambio de la política oficial de no enfatizar la planificación familiar desde principios de los años ochenta. En general, el predominio de uso de anticonceptivos es menor en Malasia peninsular que en muchos otros países de Asia.

La expansión del Programa Nacional a las zonas rurales produjo un aumento sustancial en la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos apenas después del lanzamiento del programa, pero empezó a mostrar una tendencia descendente en 1984. La tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos en zonas rurales siempre ha sido menor que la de las zonas urbanas. En adición, el cuadro 16.3 muestra que la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos siempre ha sido mayor entre las chinas e indias que entre las malayas, y estas últimas tenían también mayor probabilidad de usar los métodos tradicionales. La encuesta malaya de población y familia de 1994 mostró que el 27,6% de las malayas casadas usaba un método moderno y el 18,3% uno tradicional, en tanto que los porcentajes correspondientes para las chinas fueron de 66,5% y 6,3%, respectivamente.

Cuadro 16.3 Porcentaje de mujeres casadas de entre 15 y 49 años de edad que usaba cualquier método de anticoncepción, años seleccionados

Categoría	1974	1984	1994	2004
<i>Lugar de residencia</i>				
Metrópolis	55	69	58	51
Ciudad pequeña	48	69	67	57
Zona rural	32	56	49	40
<i>Etnia</i>				
Malaya	26	51	46	40
China	55	74	73	65
India	49	76	64	51

Fuente: Chander y otros, 1977; Hamid y otros, 1988; tabulaciones del autor basadas en las encuestas de población y familiares de 1994 y 2004.

Al principio del programa, la píldora era el método más popular de anticoncepción y estaba disponible ampliamente al bajo precio de RM \$ 1 por ciclo (US\$0,33). Desde la integración de la planificación familiar a otras actividades, el Ministerio de Salud ha suministrado píldoras a las mujeres rurales sin costo para ellas. No obstante, las encuestas de hogares muestran que la proporción de usuarias de anticonceptivos dependiendo de la píldora había bajado de un 50% en 1974 a alrededor del 25% en años posteriores cuando las parejas cambiaron a otros métodos, en particular el del ritmo (cuadro 16.4). En 2004, cerca de 13% de todas las usuarias habían optado por la esterilización.

Cuadro 16.4 Distribución porcentual de usuarias de anticonceptivos entre las mujeres casadas, por tipo de métodos, años seleccionados

Método	1974	1984	1994	2004
Píldora	50,7	23,0	24,3	27,0
Dispositivo intrauterino	2,2	4,0	7,1	8,6
Preservativo	9,1	15,0	9,8	14,5
Otros métodos femeninos	0,4	1,0	1,4	3,2
Esterilización (masculina y femenina)	10,6	15,0	12,6	12,7
Ritmo	10,8	14,0	16,1	17,9
Retiro	5,7	8,0	12,6	7,9
Abstinencia	4,3	4,0	2,3	2,4
Otros métodos tradicionales	6,2	17,0	13,8	5,8
Total	100,0	101,0	100,0	100,0

Fuente: Chander y otros, 1977; Hamid y otros, 1988; tabulaciones del autor basadas en las encuestas de población y familiares de 1994 y 2004.

Aceptantes de planificación familiar

Como se anotó, en las primeras etapas del Programa Nacional de Planificación Familiar, uno de los objetivos principales fue el de reducir la tasa de natalidad consiguiendo nuevas aceptantes. El programa cumplió el 63% del objetivo de aceptantes en el Primer Programa de Malasia (1966-70) y el 56% del objetivo en el Segundo (1971-75). La tendencia en el número de nuevas aceptantes muestra un patrón errático, sobrepasando 70.000 en 1968 y cayendo a menos de 60.000 por año entre 1970 y 1973 (cuadro 16.5). El número de nuevas aceptantes aumentó entonces a más de 75.000 anualmente entre 1976 y 1978 y bajó a unas 60.000 en 1982, el año en que el primer ministro solicitó por primera vez una revisión de la política de población.

Cuadro 16.5 *Número de nuevas aceptantes en el Programa Nacional de Planificación Familiar, 1967-83*

<i>Año</i>	<i>Número de aceptantes</i>	<i>Año</i>	<i>Número de aceptantes</i>
1967	20.726	1976	75.210
1968	74.075	1977	75.774
1969	69.416	1978	75.439
1970	54.957	1979	71.263
1971	54.033	1980	66.354
1972	55.843	1981	62.297
1973	56.902	1982	60.083
1974	61.644	1983	63.467
1975	69.344		

Fuente: NFPB, varios años.

En 1967 las FPA obtuvieron la proporción más alta de aceptantes (48,9%), seguidas por la NFPB (39,8%), las plantaciones de caucho (8,7%) y otros (2,6%). La NFPB tomó la delantera en 1968 con 57,4%, mientras la proporción de las FPA cayó a 33,5%. Desde 1969 hasta 1972, la NFPB amplió su delantera, obteniendo unos dos tercios de nuevas aceptantes. Las clínicas de la NFPB representaron un 60% de las nuevas aceptantes entre 1967 y 1975, pero con el cambio en el cometido del programa y la integración de los servicios de planificación familiar con los servicios de salud materno-infantil, la Junta representa ahora menos del 10% de las nuevas aceptantes (cuadro 16.6).

El programa se concentró inicialmente en mujeres posparto. De las nuevas aceptantes del último trimestre de 1969, el 63,7% había tenido un hijo en ese año y el 17,5% uno en 1968. Entre 1967 y 1969, un número relativamente mayor de aceptan-

tes practicaba la planificación familiar para limitar los nacimientos y no para espaciarlos, pero en los años siguientes era a la inversa (cuadro 16.7) y la proporción fue en aumento a una paridad inferior (cuadro 16.8).

Cuadro 16.6 Número de nuevas aceptantes, por agencias, 2000-04

Año	Clinicas del Ministerio de Salud	Clinicas de la Npfdb	Clinicas de la FPA	Clinicas del ejército	Total
2000	33.351	9.283	5.024	370	48.028
2001	30.850	7.658	4.345	190	43.043
2002	57.726	6.864	11.458	85	76.133
2003	58.088	6.199	11.019	165	75.471
2004	65.188	7.189	10.391	196	82.964

Fuente: Npfdb, varios años.

Cuadro 16.7 Distribución porcentual de aceptantes, por intención de fecundidad, 1967-72

Año	Intención de fecundidad			Total
	Deseaba más hijos	No deseaba más hijos	Incierta	
1967	38,3	53,5	8,2	100,0
1968	40,8	50,9	8,3	100,0
1969	44,4	45,1	10,5	100,0
1970	48,8	39,1	12,1	100,0
1971	53,5	34,6	11,9	100,0
1972	56,5	31,3	12,2	100,0

Fuente: Npfdb, varios años.

Cuadro 16.8 Distribución porcentual de aceptantes, por paridad, 1967-72

Año	Número de nacimientos						Total
	0	1	2	3	4	5+	
1967	1,0	12,3	14,0	13,8	13,4	45,5	100,0
1968	1,1	11,4	14,7	13,9	13,8	45,1	100,0
1969	1,5	12,7	16,0	14,2	13,2	42,4	100,0
1970	1,6	15,5	17,0	14,3	12,8	38,8	100,0
1971	1,6	18,0	18,1	14,6	12,2	35,5	100,0
1972	1,6	19,9	19,2	14,6	12,1	32,6	100,0

Fuente: Npfdb, varios años.

Entre las aceptantes del programa, la píldora era de lejos el método más popular, representando un 90% de las aceptantes entre 1967 y 1972. La siguieron la esterilización (5,4%), los preservativos (2,1%), los dispositivos intrauterinos (1,8%) y otros métodos (1%).

Diferencias étnicas en el impacto del Programa Nacional de Planificación Familiar

El Programa Nacional de Planificación Familiar tuvo diferentes efectos en la aceptación de la planificación familiar y los niveles de fecundidad de los tres grupos étnicos principales en Malasia peninsular. En la década siguiente a la implementación del programa (1966-75), la fecundidad entre las malayas disminuyó en 1,0 hijos por mujer a 4,6, la de las chinas disminuyó en unos 1,3 hijos por mujer a 3,5 y la de las indias disminuyó en 1,5 hijos por mujer a 3,9. A finales de los años setenta se retardó la disminución de la fecundidad entre las malayas, mientras en las no malayas siguió declinando. La desaceleración de la fecundidad entre las malayas fue atribuible a un ligero aumento de la tasa de fecundidad entre las mujeres de 25 a 34 años de edad, probablemente por el resurgimiento del fundamentalismo islámico.

La extensión de la licencia de maternidad remunerada del tercero al quinto hijo con la política de población de 70 millones de habitantes se ha considerado pronatalista. En la encuesta malaya de población y familia de 1984 se encontró que el 25% de las encuestadas malayas informó que revisaría el tamaño deseado de su familia hacia arriba en línea con la política, pero menor número de chinas e indias dijeron que lo harían así (Hamid y otros, 1988). Govindasamy y Da Vanzo (1992) argumentaron que los beneficios acumulados para los políticamente dominantes malayos de la nueva política económica de 1971 los había estimulado a aumentar el tamaño deseado de su familia como respuesta a la política pronatalista.

Después de la adopción de la política pronatalista a principios de los años ochenta, la fecundidad malaya subió a 4.820 nacimientos por cada 1.000 mujeres en 1985 y luego cayó a 4.115 en 1990 y a 3.524 en 2000 (cuadro 16.9). Los datos de las encuestas malayas de población y familia de 1994 y 2004 muestran que el promedio de hijos nacidos a las mujeres malayas de 15 a 49 años de edad había bajado de 3,7 en 1994 a 3,4 en 2004, mientras el de las chinas e indias había bajado de 2,9 y 3,0, respectivamente, a 2,7 para ambas en el mismo período. La tasa de fecundidad de las no malayas siguió bajando en los años ochenta no obstante la política oficial y los incentivos por tener hijos, pero se invirtió ligeramente para mantenerse por encima del nivel de reemplazo en los años noventa. Los últimos estimados mostraron que las tasas de fecundidad totales de las chinas e indias habían caído por debajo del nivel de reemplazo en 2005,

Cuadro 16.9 Tasas de fecundidad total y específicas por edades, por grupos étnicos, Malasia peninsular, 1957-2000
número de nacimientos por cada 1.000 mujeres, por año

Grupo étnico y grupo de edades	1957	1966	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
<i>Malayas</i>									
TFT	6.04	5.66	5.06	4.64	4.45	4.82	4.11	3.97	3.52
15-19	163	97	71	60	40	32	23	19	11
20-24	342	266	243	212	187	185	152	144	107
25-29	279	266	257	242	248	269	231	234	222
30-34	208	251	222	200	207	235	201	197	185
35-39	146	158	148	149	143	169	147	136	125
40-44	55	75	57	57	59	67	66	57	49
45-49	16	20	15	9	7	7	3	3	5
<i>Chinas</i>									
TFT	7.33	4.78	4.61	3.52	3.11	2.67	2.25	2.51	2.45
15-19	38	20	25	24	22	12	9	10	10
20-24	280	193	190	141	148	107	75	80	72
25-29	412	261	280	231	217	198	164	193	173
30-34	355	241	222	170	151	145	135	149	156
35-39	239	152	136	97	63	60	58	59	68
40-44	117	71	59	37	19	11	10	10	12
45-49	26	18	11	5	2	1	0	0	1
<i>Indias</i>									
TFT	7.95	5.36	4.78	3.86	3.34	2.89	2.55	2.65	2.42
15-19	209	113	68	52	43	30	23	22	16
20-24	429	259	270	212	193	151	126	124	100
25-29	441	320	254	248	225	200	178	189	166
30-34	283	231	198	145	140	133	121	127	127
35-39	159	112	115	84	52	55	51	56	61
40-44	60	23	44	27	14	8	11	11	13
45-49	10	14	8	4	2	1	0	0	1

Fuente: Departamento de Estadística, *Estadísticas vitales*, varios años.

Nota: TFT denota la tasa de fecundidad total, que se obtiene multiplicando por cinco la suma de las tasas de fecundidad específicas por edades dividida por 1.000.

mientras la de las malayas había bajado a unos 2,8 nacimientos por cada 1.000 mujeres. Un examen de las tasas de fecundidad específicas por edades muestra que la disminución en la fecundidad ha sido más pronunciada en las mujeres más jóvenes como resultado de la mayor edad para el matrimonio y en las mayores por haberse generalizado más la planificación familiar.

Conclusiones

El surgimiento de problemas económicos relacionados con la caída de los precios del caucho y el desempleo creciente indujo al gobierno de Malasia a lanzar el Programa Nacional de Planificación Familiar en 1966, el cual se diseñó para reducir la tasa de natalidad, para salvaguardar la salud materna e infantil y aumentar el ingreso per cápita. El cambio en la política oficial representó el triunfo de la economía y la salud sobre la política en un país de múltiples grupos étnicos, siendo el islamismo la religión nacional.

Al alcanzar la independencia en 1957, Malasia dependía principalmente de la agricultura y existía la preocupación de que con un rápido crecimiento de la población toda la tierra disponible se agotaría en el término de 15 años. Varios factores facilitaron la implementación del programa nacional. Las asociaciones de planificación familiar habían enfatizado los beneficios de la planificación familiar, lo mismo que la considerable demanda de sus servicios. Varios líderes comunitarios y políticos, especialmente Khir Johari, habían abogado con fuerza por la planificación familiar, sin mucha oposición. A principios de los años setenta, los servicios de planificación familiar se habían extendido a todas partes del país, mediante la integración con los programas de salud materno-infantil del Ministerio de Salud.

Aun cuando el programa nacional de planificación familiar no logró completamente su objetivo más bien ambicioso en cuanto al número de aceptantes ni sus objetivos demográficos, funcionó razonablemente bien en el período inicial a pesar de restricciones financieras, de personal y de instalaciones. Como organismo estatutario, la junta fue capaz de aprovechar el apoyo y cooperación de agencias y socios pertinentes, en particular el Ministerio de Salud, las asociaciones de planificación familiar y los practicantes privados en la prestación de servicios anticonceptivos.

En 1981, el gobierno, bajo la dirección del primer ministro Mahathir Mohamad adoptó diferentes estrategias de desarrollo con gran énfasis en el programa de industrialización, que apoyaría una población mayor y un mayor mercado interno. Posteriormente, con la rápida industrialización, empezó a surgir la escasez de trabajo. Malasia es ahora un destino importante de mano de obra extranjera, la que constituye alrededor del 10% de la fuerza laboral.

En un discurso pronunciado en una reunión política en 1982, el Primer Ministro anunció un nuevo objetivo demográfico, alcanzar una población de 70 millones de habitantes para 2010, lo que se convirtió en política oficial en la Revisión Intermedia del Cuarto Plan de Malasia (1981-85). El Programa Nacional de Planificación Familiar cambió su nombre a Plan Nacional de Población y Desarrollo de la Familia. Con la reducción del énfasis en la planificación familiar que siguió al cambio de una política antinatalista a una pronatalista, se hizo mayor énfasis en la consejería sobre el matrimonio y la paternidad, la salud reproductiva y los temas sobre los géneros. Se hizo también un gran énfasis en el desarrollo de los recursos humanos y la mejor condición de la mujer. La reducción del énfasis en la planificación familiar dio como resultado una baja sustancial en su aceptación por parte de las malayas, quienes siempre han tenido mayor probabilidad de responder positivamente a las políticas oficiales que las no malayas.

El cometido del programa de población de Malasia, al hacer que la planificación familiar fuera parte de un enfoque general de población y desarrollo, es consistente con el programa de acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994. Algunos países que han experimentado bajas muy rápidas de las tasas de fecundidad tienen ahora dificultades para invertir la tendencia. Malasia puede aprender de la experiencia de esos países implementando programas para lograr un equilibrio más armonioso entre población y desarrollo.

Referencias

- Banco Mundial. 2003. *World Development Indicators*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Chander, R., Venugo T. Palan, Aziz Noor Laily y Boon Ann Tan. 1977. *Malaysian Fertility and Family Survey: First Country Report*. Kuala Lumpur: Department of Statistics and National Family Planning Board.
- Department of Statistics. 1999. *Social Statistics Bulletin*. Kuala Lumpur: Department of Statistics.
- . 2001. *Labor Force Survey Report*. Kuala Lumpur: Department of Statistics.
- . Varios años. *Vital Statistics*. Kuala Lumpur: Department of Statistics.
- Government of Malaysia. 1966. *First Malaysia Plan (1966–70)*. Kuala Lumpur: National Printing Department.
- . 1971. *Second Malaysia Plan (1971–75)*. Kuala Lumpur: National Printing Department.
- . 1976. *Third Malaysia Plan (1976–80)*. Kuala Lumpur: National Printing Department.

- _____. 1981. *Fourth Malaysia Plan (1981–85)*. Kuala Lumpur: National Printing Department.
- _____. 1984. *Midterm Review of Fourth Malaysia Plan (1981–85)*. Kuala Lumpur: National Printing Department.
- Govindasamy, Pavalavelli y Julie Da Vanzo. 1992. "Ethnicity and Fertility Differentials in Peninsular Malaysia: Do Policies Matter?" *Population and Development Review* 18 (2): 243–68.
- Hamid, A. 1988. "The New Population Policy." En *Proceedings of the Seminar on Findings of Population Surveys and Policy Implications*. Kuala Lumpur: National Population and Family Development Board.
- Hamid, Arshat, Boon Ann Tan, Nai Peng Tey y Murugappa Subbiah. 1988. *Marriage Family Formation in Peninsular Malaysia: Analytic Report on the 1984/85 Malaysian Population and Family Survey*. Kuala Lumpur: National Population and Family Development Board.
- Khair Johari, M. 1969. "Malaysia: A Bold Attack." En *Population: Challenging World Crisis*, ed. Bernard Berelson. Voice of America Forum Lectures. Washington, DC: Government Printing Office.
- Lee, Eddy, Michael Ong y T. E. Smith. 1973. "Family Planning in West Malaysia: The Triumph of Economics and Health over Politics." En *The Politics of Family Planning in the Third World*, ed. T. E. Smith, 256–90. Londres: George Allen & Unwin.
- Leete, Richard. 1996. *Malaysia's Demographic Transition: Rapid Development, Culture and Politics*. Oxford, R.U.: Oxford University Press
- Naciones Unidas. 1987. *Case Studies in Population Policy: Malaysia*. Nueva York: Naciones Unidas.
- NFPB (National Family Planning Board). 1967. Report on West Malaysia Family Survey, 1966–1967. Kuala Lumpur: NFPB.
- Noor Laily, A., B. A. Tan, O. Ramli y L. C. Kuan. 1982. *Facts and Figures: Malaysia National Population and Family Development Programme*. Kuala Lumpur: National Family Planning Board.
- NpfdB (National Population and Family Development Board). Varios años. *Annual Report*. Kuala Lumpur: NpfdB.
- Tey, Nai Peng. 1991. "Population Policy Formulation, Implementation and Evaluation: The Case of Malaysia." En *The Utilization of Demographic Knowledge in Policy Formulation and Planning*, ed. Rudolf Andorka y Raul Ursua, 389–432. Lieja, Bélgica: International Union for the Scientific Study of Population.

17

Desarrollo del programa de planificación familiar de Filipinas: los primeros años, 1967-80

*Alejandro N. Herrin**

A finales de los años sesenta, el presidente y el Congreso de Filipinas estaban fuertemente comprometidos con la política de reducir el crecimiento de la población por medio del control de la fecundidad y la planificación familiar como instrumento principal. La conciencia de las implicaciones del rápido crecimiento de la población para el desarrollo era alta entre los funcionarios más importantes del gobierno, los académicos, las personas influyentes del sector privado y los medios de comunicación locales. Sin embargo, el sector de la sociedad representado por la Conferencia de Obispos Católicos de Filipinas (CBCP, por sus iniciales en inglés) no estaba de acuerdo totalmente con la evaluación de los primeros ni con la planificación familiar que implicaba el uso de métodos artificiales de anticoncepción y esterilización.

Varios factores facilitaron la implementación de un programa de planificación familiar para hacer operable la política de reducción de la fecundidad. El primero fue la existencia de una infraestructura de salud bastante extensa, con hospitales, unidades rurales de salud, centros de puericultura (centros de salud materno-infantil establecidos en zonas rurales por entidades no gubernamentales y financiadas por Philippine Charity Sweepstakes, pocos de los cuales existen hoy) y hospitales y clínicas privados. Estas instalaciones contaban con médicos, enfermeras y parteras muy capacitados. La prestación de servicios de planificación familiar podía agregarse a la amplia variedad de servicios que ya se prestaban. Segundo, el concepto de planificación familiar y la prestación de servicios ya los habían introducido desde los años de preguerra organizaciones voluntarias, entidades privadas y médicos privados. Éstos, junto con personal técnico del Colegio de Medicina de la Universidad de Filipinas y del Departamento de Salud, constituían un grupo rápidamente disponible que podía capacitar varios proveedores de servicios de planificación familiar en los entornos de

* El autor reconoce con agradecimiento los útiles comentarios y sugerencias de Carol Carpenter-Yaman y Warren Robinson durante la preparación de este capítulo.

las clínicas. Tercero, había donantes disponibles y dispuestos a proveer apoyo financiero y asistencia técnica para la implementación de un programa de planificación familiar nacional.

Dado el alto apoyo del gobierno y los distintos factores que lo facilitaban, había altas expectativas de que el programa de planificación familiar se pusiera en marcha para lograr los objetivos de moderar el crecimiento de la población y estimular el desarrollo socioeconómico. Sin embargo, aunque otros países de la región lograron tal éxito, Filipinas todavía está luchando con el tema del crecimiento de la población y el desarrollo, y debate el asunto de la planificación familiar. La tasa de crecimiento de la población ha permanecido alta en 2,3% por año; la fecundidad total, fija en 3,5 nacimientos por mujer, no ha declinado tan rápidamente como en otros países, y el uso de métodos modernos de planificación familiar ha llegado a un máximo de sólo 33% de las mujeres casadas.

Mirando en retrospectiva lo que parecía ser inicialmente un prometedor programa de planificación familiar, se pueden apreciar varias notas discordantes. Tensiones y problemas estuvieron presentes a nivel de programa, y los rasgos favorables de éste –enfoque multisectorial, participación de múltiples agencias y el sector privado, y apoyo de donantes– contenían también desventajas inherentes. La rápida expansión de actividades que incluían numerosos participantes y financiadas por distintos donantes gravó la capacidad administrativa de la Comisión sobre Población (Popcom) en relación con la administración y la coordinación. La estructura misma de la Popcom, cuya junta estaba compuesta por secretarios del gabinete que tenían muchas otras responsabilidades, no era conducente para mantener un enfoque continuo y dar orientación al programa. El secretariado de la Popcom, cuyo personal inicialmente eran miembros dedicados y comprometidos, pronto fue incapaz de desarrollar las capacidades necesarias para las tareas más complejas de administrar y coordinar un programa de gran extensión. En adición, el liderazgo del secretariado de la Popcom cambió con mucha frecuencia, comprometiendo a la continuidad. Al mismo tiempo, mientras la financiación para muchas actividades estaba asegurada por varios donantes, su número y sus diferentes mandatos y requisitos dificultaban la coordinación. Cuando el programa de planificación familiar empezó a descentralizarse y las actividades de alcance extra-mural fueron más extensas, se esperaba que los gobiernos locales financiaran e implementaran dichas actividades en sus respectivas jurisdicciones, pero no era claro si la financiación local vendría en forma sostenida y adecuada en vista de las distintas capacidades y compromisos de las unidades individuales de gobierno local.

Quizás el principal factor de la historia de la planificación familiar sea la oposición subyacente de la CBCP y conservadores influyentes. Esto impidió la implemen-

tación de un programa más fuerte y sostenido que incluía el uso de anticonceptivos modernos. De hecho, el compromiso del gobierno con la reducción de la fecundidad se invirtió en 1986, cuando la influencia política de los líderes de la jerarquía de la Iglesia católica llegó a su máximo. Así, lo que parecía ser la iniciación de un programa fuerte para reducir la fecundidad a finales de los años sesenta y principios de los setenta, fue en realidad un programa frágil que pudo detenerse en su sendero por la inacción que emanaba de la Oficina del Presidente.

El recuadro 17.1 presenta una cronología de los eventos principales en relación con la planificación familiar en Filipinas.

Recuadro 17.1 Cronología de eventos principales

- 1939-48: Aumentan los intentos individuales de ministros presbiterianos, congregacionales y otros ministros protestantes de difundir información sobre el control de la natalidad.
- 1957: El Consejo Nacional de Iglesias establece el Centro de Relaciones Familiares, una clínica de consejería.
Se establece la Fundación Centro Médico para los Niños. Una de sus unidades semiautónomas es el Instituto de Salud Materno-Infantil, responsable de extender los servicios a zonas rurales.
- 1964: Se establece el Instituto de Población en la Universidad de Filipinas para realizar estudios de población y capacitar graduados en demografía.
- 1965: Se reorganiza el Centro de Relaciones Familiares como Movimiento de Paternidad responsable en Filipinas.
Se funda la Asociación de Planificación Familiar para prestar servicios de educación, información y clínicos.
El Instituto de Población de la Universidad de Filipinas organiza la primera Conferencia sobre Población con apoyo del Consejo de Población.
- 1967: El presidente Ferdinand Marcos y otros 17 jefes de Estado firman la Declaración sobre Población de las Naciones Unidas.
El Instituto de Salud Materno-Infantil establece el Centro Nacional de Capacitación para Servicios de Salud Materna según un acuerdo entre el Consejo Económico Nacional, el Instituto de Salud Materno-Infantil y la Agencia para el Desarrollo Internacional de EUA.
- 1968: El gobierno empieza a participar en actividades de población y planificación familiar creando la Oficina de Proyectos para la Salud Materno-Infantil en el Departamento de Salud para coordinar las actividades de planificación familiar.
- 1969: Una orden ejecutiva crea un grupo de estudio conocido como la Comisión sobre Población para realizar estudios de población y formular recomendaciones de políticas y programas sobre población en lo que se relaciona con el desarrollo económico y social.

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 17.1)

La Asociación de Planificación Familiar y el Movimiento de Paternidad responsable de Filipinas se fusionan para formar la Organización de Planificación de la Familia de Filipinas.

El Congreso aprueba una resolución para establecer políticas básicas dirigidas a lograr el desarrollo económico y la justicia social. Dichas políticas incluyen una política sobre población y planificación familiar.

Los obispos católicos emiten una declaración disintiendo de la intervención del gobierno en las decisiones sobre fecundidad de las parejas y objetando la promoción de la limitación de la familia como medida de reducción del crecimiento de la población.

El secretario de justicia libera la interpretación de una directiva existente para permitir la importación de anticonceptivos.

1970: En su discurso sobre El estado de la Nación, el presidente Ferdinand Marcos declara que propondrá legislación haciendo de la planificación familiar una política oficial de su gobierno.

1971: La Ley de la República No. 6365 establece la política nacional de población y crea la agencia nacional a cargo de los asuntos de la población, llamada también la Comisión sobre Población (Popcom).

El presidente Ferdinand Marcos instruye al Departamento de Salud a que agregue los servicios de planificación familiar en todas sus unidades rurales de salud. En 1973, 1.070 unidades rurales de salud ofrecen servicios de planificación familiar.

1972: El presidente Ferdinand Marcos declara la ley marcial.

Se establece la Fundación Centro de Población para forjar una asociación más fuerte entre el gobierno y el sector privado.

El Decreto Presidencial No. 79 revisa la Ley de la República No. 6365. El decreto autoriza a las enfermeras y parteras, además de los médicos, a proveer, dispensar y administrar todos los métodos aceptables de anticoncepción a quienes deseen aprovechar dichos servicios, siempre y cuando estos trabajadores de la salud hayan sido capacitados y autorizados en forma apropiada por la junta del Popcom.

Se establece el Programa de Educación sobre Población dentro del Departamento de Educación y Cultura para proveer instrucción en educación sobre población a los estudiantes de primaria y secundaria, capacitando maestros para desarrollar materiales para el plan de estudios.

La Orden General No. 18 ordena a todos los sectores promover el concepto de planificación familiar y de paternidad responsable.

La Carta de Instrucción No. 74-A dirige al secretario del Departamento de Información Pública y al administrador general de correos a ayudar a implementar los programas de la junta del Popcom difundiendo información sobre planificación familiar.

1973: El Decreto Presidencial No. 69 enmienda el Código Nacional de Rentas Internas para reducir el número de hijos por los cuales puede reclamarse

(Continuación recuadro 17.1)

exención tributaria, de un número ilimitado a cuatro. La descentralización del Programa de Población se inicia con el establecimiento de 11 oficinas regionales del Popcom.

El Decreto Presidencial No. 166 nombra dos miembros del sector privado en la junta del Popcom por períodos de tres años.

La jerarquía católica emite una carta pastoral sobre el problema de la población y la vida familiar. La carta objeta el uso de anticonceptivos artificiales para resolver el problema de la población y anota que el gobierno renegó de su compromiso anterior de no estimular la esterilización.

Una decisión del Ministerio de Justicia permite la esterilización.

1974: El Decreto Presidencial No. 34 exime a los anticonceptivos y suministros necesarios para el programa de planificación familiar del pago de derechos aduaneros.

El Decreto Presidencial No. 1202 reduce el número de licencias de maternidad remuneradas a cuatro.

El Decreto Presidencial No. 442 exige que las empresas privadas provean a sus empleadas servicios de planificación familiar.

1975: Cambia la orientación del Programa de Población debido a la operacionalización del enfoque piloto de desarrollo total integrado en las provincias.

El Departamento de Justicia elimina el requisito de receta para los anticonceptivos orales, permitiendo así la distribución general de píldoras por medio de canales no clínicos por parte de trabajadores de campo capacitados.

1976: El Decreto Presidencial No. 965 exige que los solicitantes de licencia matrimonial reciban instrucción sobre planificación familiar y paternidad responsable.

Se inicia el Proyecto Nacional de Población y Planificación Familiar de Alcance extramural.

La Carta de Instrucción No. 433 autoriza a los gobernadores provinciales y a los alcaldes a asumir gradualmente la financiación del costo de todas las actividades relativas a la población y la planificación familiar y de los proyectos acordados entre la junta del Popcom y funcionarios provinciales para sus respectivas jurisdicciones.

1977: Se inicia la implementación del Proyecto Nacional de Población y Planificación Familiar de Alcance.

Entre 1977 y 1979 se reclutan 30.000 voluntarias para proveer suministros y remisiones de anticonceptivos.

1978: La Carta de Instrucción No. 661 crea el Comité Especial para Revisión del Programa de Población de Filipinas en el contexto de los objetivos de desarrollo general del país y recomienda direcciones de políticas y programas para el futuro.

Desarrollo de la política de población, 1967-80

En diciembre de 1967, el presidente filipino Ferdinand Marcos y otros 17 jefes de Estado firmaron la Declaración de las Naciones sobre Población, la cual proclamaba que “el problema de población debe reconocerse como elemento principal de la planeación nacional a largo plazo para que los gobiernos puedan alcanzar sus objetivos económicos y satisfacer las aspiraciones de su pueblo” (Scrppp, 1978, p. 4). Puede considerarse este evento como el principio del reconocimiento oficial en Filipinas de que el rápido crecimiento de la población era un problema que afectaba el desarrollo socioeconómico de la nación.

Posteriormente, una serie de directivas políticas culminó en la Ley de la República No. 6365 de 1971 y el Decreto Presidencial No. 79 de 1972, que establecieron la política nacional de población para tratar el problema del rápido crecimiento de la población con la iniciación de un programa nacional de planificación familiar con la participación de los sectores público y privado. El papel del gobierno en la población fue después exaltado en el artículo XV, sección 10 de la Constitución de Filipinas de 1973, que expresa: “Será responsabilidad del Estado alcanzar y mantener los niveles de población conducentes al bienestar nacional”.

Articulación de la política en la legislación

En febrero de 1969 Ferdinand Marcos creó por orden ejecutiva un grupo para iniciar estudios sobre población y hacer recomendaciones de políticas y programas sobre población, llamado la Comisión sobre Población (a la que nos referiremos como la comisión, para distinguirla de otro organismo creado por la ley llamado la Comisión sobre Población, conocida como Popcom, con la tarea de implementar la política nacional sobre población y el programa de planificación familiar). Una característica importante de la comisión fue su composición multisectorial y de múltiples agencias. La junta de la comisión estuvo conformada por 22 miembros de los sectores público y privado e incluía representantes de organizaciones religiosas, como el CBCP, el Consejo Nacional de Iglesias y la Asociación Musulmana de Filipinas (Scrppp, 1978). La comisión completó su trabajo en menos de un año. La tarea de estudiar todos los aspectos de la población se facilitó por la labor anterior sobre población que estaba generalmente disponible en ese tiempo como resultado del trabajo realizado en las universidades filipinas y también de varias conferencias. Las recomendaciones de la comisión atendían una amplia variedad de preocupaciones sobre la población, entre las cuales estaban no sólo su crecimiento y la planificación familiar, sino también la morbilidad, mortalidad, migración interna y distribución espacial de la población.

En diciembre de 1969, Ferdinand Marcos aprobó la declaración de la comisión sobre política poblacional y un programa de planificación familiar (Concepción, 1970).

Mientras tanto, en junio de 1969, el Congreso aprobó una resolución conjunta de las cámaras sobre políticas básicas para lograr el desarrollo económico y alcanzar la justicia social. Esta resolución contenía la siguiente declaración sobre política de población: “Una tasa alta de crecimiento de la población plantea graves problemas sociales y económicos. El Estado resolverá estos problemas mediante medidas positivas sociales y económicas que aumenten la productividad del trabajo humano, con el fin de promover el crecimiento económico, y programas de planificación familiar que respeten las creencias religiosas de los individuos implicados, con el fin de incrementar la participación de cada filipino en los frutos del desarrollo económico” (Concepción, 1970, p. 4).

En su discurso sobre El estado de la Nación de enero de 1970, Ferdinand Marcos propuso legislación haciendo de la planificación familiar una política oficial. La tarea del gobierno, según Marcos, era educar al público sobre la urgente necesidad de controlar el crecimiento de la población, difundir el conocimiento sobre técnicas de control natal aprobadas médicamente y prestar servicios de planificación familiar, en particular en las zonas rurales y a los pobres (Concepción, 1970).

En agosto de 1971, la Ley de la República No. 6365 estableció la política nacional de población: “con el propósito de impulsar el desarrollo nacional, aumentar la participación de cada filipino en los frutos del progreso económico y responder al grave desafío social y económico de una alta tasa de crecimiento de la población, se iniciará un programa nacional de planificación familiar que respete las creencias religiosas de los individuos participantes” (Scrppp, 1978, p. 5). La ley adoptó también, como asunto de políticas, las recomendaciones de la comisión de 1969, en particular la inclusión de preocupaciones generales sobre población distintas a la reducción de la fecundidad y además creó la agencia de gobierno de la junta, la Popcom dependiente de la Oficina del Presidente para llevar a cabo los propósitos y objetivos de la ley.

En septiembre de 1972, Ferdinand Marcos declaró la ley marcial y tres meses después emitió un decreto presidencial para fortalecer el programa de planificación familiar. El decreto presidencial expandió el papel de la junta de la Popcom y aumentó la financiación anual para el programa de \$ 4.5 millones a \$ 15 millones.

Articulación de la política en los planes de desarrollo

Los planes de desarrollo a mediano plazo del país articularon también la política de población. Entre 1970 y 1982, se formularon cuatro de dichos planes.

El Plan Cuatrienal de Desarrollo (años fiscales 1971-1974) adoptado por el Consejo Económico Nacional en julio de 1970 fue el primer plan nacional de desarrollo que incluyó un capítulo sobre población. Curiosamente, mientras empezaba anotando la preocupación mundial sobre el problema del crecimiento de la población, no expresaba explícitamente que Filipinas la compartía. En otras palabras, el lenguaje del plan no reflejó totalmente el de la Declaración de las Naciones Unidas sobre Población ni la resolución del Congreso mencionada. Un año antes, los obispos católicos habían emitido una carta pastoral disintiendo públicamente de la intervención del gobierno en las decisiones de las parejas sobre la fecundidad y objetando la promoción de la limitación de la familia como medida para reducir el crecimiento de la población. El plan se desarrolló bajo la dirección de Plácido L. Mapa, jefe del Consejo Económico Nacional, más tarde la Autoridad Nacional de Economía y Desarrollo (NEDA), y conocido partidario de los puntos de vista conservadores sobre la población y la planificación familiar según los habían articulado el cardenal Sin y los obispos católicos.

En contraste, el Plan Cuatrienal de Desarrollo (años fiscales 1974-1977) adoptado por la NEDA en 1973 bajo su director general Gerardo P. Sicat, contenía fuertes declaraciones sobre la reducción del crecimiento de la población y la planificación familiar. En su "visión general" el plan declaraba que la intensificación del programa de planificación familiar era una de las mayores reformas socioeconómicas que se habían instituido después de la proclamación de la ley marcial.

En septiembre de 1977, la NEDA formuló y adoptó el Plan Quinquenal de Desarrollo de Filipinas (años calendario 1978-82) bajo Sicat, quien era también el ministro de planeación económica. El plan contenía un compromiso fuerte con la política de reducir la tasa de crecimiento de la población y adoptaba en forma explícita la planificación familiar para ese fin. Aspiraba a reducir la tasa de crecimiento de la población del 2,5% en 1978 a 2,1% en 1987. Fijó también objetivos de prevalencia de uso de anticonceptivos del 27% en 1978 y 50% en 1987.

Sin embargo, en mayo de 1982, la NEDA adoptó el nuevo Plan Quinquenal de Desarrollo de Filipinas (años calendario 1983-87) bajo Mapa, quien nuevamente fue el jefe de NEDA. Entre los problemas que el plan reconocía estaba el crecimiento de la población, pero indicaba que esto era algo a lo que había que acomodarse y no influir en él. A diferencia de los planes previos bajo Sicat, no contenía objetivos de crecimiento de la población y mucho menos de fecundidad o tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos. El capítulo sobre salud y nutrición no mencionaba la planificación familiar.

Así, aunque los planes de Sicat tendían a reflejar de cerca el punto de vista sobre las implicaciones negativas del rápido crecimiento de la población contenidos en la legislación, los de Mapa tendían a considerar el crecimiento de la población como

algo a lo que había que acomodarse. Además, el plan de Mapa de 1983-87 cambió el objetivo de la política de población de reducción de la fecundidad y de crecimiento de la población a la consecución del bienestar familiar. Algunos observadores han interpretado la tendencia del plan a ampliar los objetivos de política de población, aunque deseables, como forma de rechazar silenciosamente el objetivo de reducción de la fecundidad.

Como jefe de la NEDA, Mapa era también el jefe de la junta de la Popcom. Un aspecto curioso de las políticas y programas de población de Filipinas fue que la junta del Popcom podían presidirla individuos que no se suscribieran completamente a los objetivos del programa, en particular la promoción de anticonceptivos modernos. Así, aunque la política oficial de población estaba fijada en la legislación, la implementación real de todos los aspectos del programa de planificación familiar dependía con mucha frecuencia de quién presidía la junta de la Popcom. De hecho, en 1983, el ministro del Departamento de Bienestar Social y Desarrollo, quien era más partidario del programa de planificación familiar, fue nombrado nuevo presidente del Popcom para reemplazar a Mapa, y con un director ejecutivo igualmente enérgico colocó el objetivo de reducción de la fecundidad de la planificación familiar nuevamente en la agenda de políticas. El propósito del Popcom era alcanzar la fecundidad de reemplazo para el año 2000. Sin embargo, estos esfuerzos no duraron mucho, pues el programa de planificación familiar desapareció de la agenda de políticas en 1986, cuando la presidenta Corazón Aquino nombró un nuevo director de la junta de la Popcom, el secretario de Bienestar Social y Desarrollo, Pardo de Tavera, un conservador como Mapa, que no creía en promover la planificación familiar que incluyera anticonceptivos modernos. Este ha sido un patrón vigente: cuando el jefe es un conservador, el programa de planificación familiar sufre un retroceso, ilustrando la falta de continuidad en la implementación de políticas al más alto nivel.

Así, aunque la política de población en el gobierno de Ferdinand Marcos según se reflejaba en la Constitución y en varias piezas de legislación había permanecido intacta en el papel hasta 1986, la implementación de su medida de política más directa, el programa de planificación familiar, cambió de vigorosa a benigno descuido dependiendo del director de la junta de la Popcom. La búsqueda agresiva de objetivos de planificación familiar en 1983 fue sesgada de repente por la Revolución del Poder del Pueblo. Un cambio significativo de la política ocurrió con la llegada de la presidenta Aquino, quien era bien conocida por sus puntos de vista conservadores, los que iban en la línea de los puntos de vista de la jerarquía católica.

Papel de los líderes de la jerarquía de la Iglesia católica

La articulación de las políticas sobre los efectos potencialmente negativos del rápido y continuo crecimiento de la población en el desarrollo generalmente hallaron apoyo en las discusiones de los funcionarios superiores del gobierno, investigadores de la población, académicos y representantes del sector privado. Sin embargo, desde 1969, los obispos católicos emitieron una declaración sobre políticas públicas concernientes al crecimiento de la población (CBCP, 1969). Esta declaración primero puso en duda el análisis del gobierno sobre la existencia de problemas demográficos, particularmente con respecto a su magnitud. Los obispos argumentaron además que si dicho problema existía, entonces el gobierno podía iniciar varias políticas sociales y de desarrollo para tratarlo, como aumentar la edad mínima para el matrimonio y las pensiones de los entrados en años para minimizar la dependencia de los ancianos de sus hijos. Los obispos se referían a tales medidas como herramientas macro de control de población y estaban de acuerdo con que era de la competencia del gobierno tomarlas.

Sin embargo, los obispos disintieron con respecto al papel del gobierno en intervenir en las decisiones sobre fecundidad de las parejas y recalcaron el derecho de éstas a determinar el tamaño de su familia. Los obispos objetaron también la promoción de la planificación familiar como medida para reducir el crecimiento de la población y argumentaban que dicha medida sería efectiva para reducirlo sólo si “resueltamente restringe sus objetivos a un menor número de hijos como normativa para la población y eventualmente incluye el aborto y el infanticidio disfrazado como componentes necesarios de su programa” (CBCP, 1969, p. 325). Se aclara que cuando Ferdinand Marcos creó la comisión en 1969, había representantes de la CBCP entre los 22 miembros de la junta. Aparentemente en ese tiempo existía alguna relación o acuerdo de trabajo entre el gobierno y la CBCP con respecto al desarrollo de un programa de planificación familiar. Esta relación se endureció cuando la CBCP solicitó ser removida de la junta después de lo que consideraba como una renegación del gobierno de su promesa de no incluir la esterilización entre los métodos de planificación familiar. Se hace notar que la comisión había recomendado antes que el aborto y la esterilización no debían incluirse como métodos de planificación familiar y que Ferdinand Marcos estuvo de acuerdo con esta recomendación (Concepción, 1973).

En 1973, la jerarquía católica de Filipinas emitió una carta pastoral sobre el problema de la población y la vida familiar, que hacía eco al tema sobre la falta de consenso entre “científicos de renombre” de que la escasez de recursos la causaba primariamente el aumento de la población. Según la carta pastoral, el problema de escasez era causado principalmente por la distribución no equitativa de los recursos en la

población mundial y no por un aumento en el número de personas compitiendo por tales recursos. La carta expresaba sus sentimientos más fuertes cuando se refirió a la anticoncepción:

En nuestro país se ha adoptado como solución principal al problema de la población, el control masivo de la concepción mediante el enfoque anticonceptivo artificial. Este enfoque ha seguido un patrón común de desarrollo en los países donde se ha adoptado. Los patrones muestran una escalada de las medidas menos radicales a las más radicales de la esterilización y el aborto. Sólo recientemente, el Departamento de Justicia ha eliminado todos los impedimentos legales a la esterilización anticonceptiva garantizando oficialmente su autorización legal. Donde anteriormente la política de población del país explícitamente tenía el compromiso de no estimular la esterilización anticonceptiva, se ha eliminado ahora esa reserva (CBCR, 1973, p. 399).

La influencia de los obispos católicos parece haber sido más política en su naturaleza que pastoral. Las encuestas demográficas nacionales de 1968, 1973, 1978 y 1983 mostraron una alta aceptación de los métodos modernos de planificación familiar. La influencia de los obispos pudo haber venido aumentando en la segunda mitad de los años setenta, cuando la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional (Usaid) observó que “declaraciones públicas inequívocas del presidente, la primera dama y otros funcionarios del gobierno de Filipinas haciendo énfasis en la preocupación del gobierno por la gravedad del problema de la población han sido escasas y las presentaciones de los medios masivos de comunicación sobre temas de población menos urgentes y frecuentes. Existen signos claros de que líderes de alto nivel del gobierno de Filipinas, aunque fuertemente implicados en los programas de población y planificación familiar y comprometidos con ellos, perciben que las declaraciones públicas que promueven los métodos modernos de anticoncepción incluida la esterilización, podrían provocar una abierta resistencia de la Iglesia y socavar el necesario apoyo de la Iglesia para el gobierno de Ferdinand Marcos” (Usaid, 1979, p. 26). La aparente declinación del compromiso político del gobierno de Ferdinand Marcos con la política de población y el programa de planificación familiar (menos pronunciamientos públicos, nombramiento de Mapa como jefe de la junta de Popcom en 1980) a finales de los años setenta y principios de los ochenta parece estar relacionada con el cambiante poder político de los líderes de la Iglesia católica por un lado, y del régimen de Ferdinand Marcos por el otro. El poder político de la Iglesia católica alcanzó su máximo en el gobierno de Aquino (1986-92). Como resultado, el programa de planificación familiar y sus objetivos de reducción de la fecundidad quedaron estancados. Su implementación revivió más tarde en 1988 bajo el Departamento de Salud dirigido por el doctor Alfredo Bengzon con el propósito de promover los servicios

de salud materno-infantil, pero rechazando explícitamente objetivos demográficos (Bengzon, 1992).

Desarrollo del programa de planificación familiar

El programa de planificación familiar experimentó cambios estratégicos para responder a los hallazgos sobre el impacto del programa y a la disponibilidad de los recursos.

Cometidos estratégicos

El programa de planificación familiar evolucionó de programa de prestación de servicios basado en la clínica en sus primeros años (1968-73) a un programa de alcance extramural que proporcionó actividades motivacionales y servicios más allá de las clínicas a través de una red de trabajadores pagados y voluntarios en zonas rurales.

Los primeros años, 1968-73

En 1968 el gobierno creó una pequeña unidad llamada la Oficina de Proyectos de Salud Materno-Infantil en el Departamento de Salud, unidad encargada de la responsabilidad general de administrar un plan nacional de planificación familiar, marcando la entrada oficial del gobierno filipino a las actividades de planificación familiar. El programa de planificación familiar en ese tiempo incluía la participación de asociaciones voluntarias de planificación familiar, agencias nacionales, como el Departamento de Salud, el Instituto de Población de la Universidad de Filipinas, instituciones privadas y médicos individuales, que prestaban servicios de planificación familiar, capacitación o investigación apoyando el programa. La financiación de la Usaid fue instrumental para el despegue del programa.

La estrategia básica en los primeros años incluyó la participación de los sectores público y privado ofreciendo información y servicios referentes a todos los métodos de planificación familiar en clínicas establecidas. Las instituciones básicas que ofrecieron planificación familiar y capacitación fueron la Organización de Planificación Familiar de Filipinas, el Instituto de Salud Materno-Infantil, el Colegio de Medicina de la Universidad de Filipinas y el Departamento de Salud. Con respecto al último, los servicios de planificación familiar se agregaron a sus unidades rurales de salud establecidas en cada municipio en todo el país. En 1973, 1.070 de las 1.400 unidades rurales de salud prestaban servicios de planificación familiar. El apoyo financiero provino en gran parte de la Usaid a través de la Oficina de Proyectos de Salud Ma-

terno-Infantil hasta 1970, cuando la junta de la Popcom se convirtió en la agencia designada por el gobierno (Scrppp, 1978; Usaid, 1979).

El apoyo para prestación de servicios de planificación familiar incluyó capacitación de soporte de actividades clínicas provista por el Instituto de Salud Materno-Infantil, la Organización de Planificación Familiar de Filipinas, el Colegio de Medicina de la Universidad de Filipinas y el Departamento de Salud; información, educación y comunicación efectuada por motivadores de campo utilizando los medios masivos y comunicaciones interpersonales, e investigación y evaluación. En 1972, el Departamento de Educación estableció el Programa de Educación de la Población cuyo propósito fue el de ayudar a los estudiantes a comprender los procesos de la población y desarrollar actitudes y comportamiento responsables en relación con tamaño de la familia (Scrppp, 1978).

El apoyo político adicional a las actividades de planificación familiar incluyó la orden a todos los sectores de promover el concepto de planificación familiar y la paternidad responsable (1972), ordenar al secretario del Departamento de Información Pública y al director general de correos la difusión de información sobre planificación familiar (1972) y reducir el número de hijos para los cuales se podía solicitar exención de impuestos adicional, de un número ilimitado a cuatro (1973). No está claro hasta qué punto causaron algún impacto estas políticas en el conocimiento de anticonceptivos y en la motivación para practicar la planificación familiar.

Al iniciarse las actividades de planificación familiar del gobierno en 1968, la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos era de 2,9% para los métodos modernos y de 12,5% para los tradicionales (cuadro 17.1), reflejando los esfuerzos de las asociaciones voluntarias y el sector privado de promover la planificación familiar. En 1973 la tasa había subido a 10,7% para los métodos modernos y era de 6,7% para los tradicionales.

Cuadro 17.1 Tendencias en el uso de anticonceptivos, años seleccionados
porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 44 años de edad

<i>Encuesta</i>	<i>Métodos modernos</i>	<i>Métodos tradicionales</i>	<i>Total</i>
Encuesta demográfica nacional de 1968	2,9	12,5	15,4
Encuesta demográfica nacional de 1973	10,7	6,7	17,4
Encuesta de fertilidad República de Filipinas 1978	17,2	21,3	38,5
Encuesta demográfica nacional de 1983	18,9	13,1	32,0

Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas y ORC Macro, 2004.

Los años de transición, 1974-75

Durante el período de transición, el gobierno diseñó nuevas estrategias para atender el número creciente de clientes de planificación familiar más allá del alcance de las clínicas (Scrppp, 1978) y expandir el programa de planificación familiar dentro del contexto del desarrollo (Concepción, 1977). Para atender la primera preocupación, se expandió el papel de las enfermeras y parteras para que se incluyera la entrega de píldoras y la inserción de dispositivos intrauterinos y en 1974 se lanzaron los programas adecuados de capacitación para ese personal. En adición, la junta de la Popcom adoptó formalmente la esterilización como método de planificación familiar y proporcionó capacitación en el procedimiento a través de entidades acreditadas por la Popcom.

La esterilización ganó amplia aceptación como método de planificación familiar. El personal de campo notó la gran demanda de ligadura de trompas de Falopio, pero no de vasectomía. Hubo disponibilidad de proveedores capacitados en el servicio de esterilización en hospitales y equipos móviles en todo el país. En 1976, el programa asignó fondos de reembolso a los proveedores y a los trabajadores de campo que remitían clientes a los proveedores. Los reembolsos eran por medicinas, otros suministros y costos de transporte. Con base en datos de las encuestas demográficas nacionales, la tasa de prevalencia de uso de la esterilización, que fue sólo de 1% en 1973, subió a 5% en 1978 y a 10% en 1983, cuando representó el 30% de la tasa total de prevalencia de uso de anticonceptivos (Instituto de Población, 1985).

Para cumplir el objetivo de expandir el programa de planificación familiar en un contexto de desarrollo, la junta de la Popcom formuló el enfoque de desarrollo integrado total en 1975, el cual incluyó un cambio del programa basado en la clínica, centrado en el médico y orientado a los anticonceptivos, a un programa que integraba la motivación por la planificación familiar y los servicios a nivel de comunidad con otras actividades de desarrollo en las zonas rurales. Para la puesta en práctica de este enfoque, se estableció una nueva estructura basada en los gobiernos locales para integrar programas, actividades y servicios en los ámbitos provincial, municipal y comunitario y se hicieron pruebas piloto en siete provincias. En cada provincia la estructura la encabezó el funcionario de población de la oficina del gobernador de la provincia. El funcionario era el responsable del manejo del programa, incluida la preparación de planes de población provinciales. Los trabajadores clave en esta estructura eran los funcionarios municipales de población, cuyas funciones primarias incluían la coordinación con trabajadores de otras agencias del municipio para organizar e integrar los servicios de sus agencias relativos a la población. Los funcionarios municipales de población eran responsables también de organizar los centros

de desarrollo de la aldea para actuar como puntos de reabastecimiento y centros de información en cada aldea (Scrppp, 1978).

El concepto de integrar la planificación familiar con actividades de desarrollo parece haber sido influido por la integración de los conceptos de población y desarrollo discutidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Bucarest en 1974 (Concepción, 1977). Rafael Esmundo, director ejecutivo de Popcom en ese tiempo, fue un ardiente defensor de este enfoque. Sin embargo, para propósitos de implementación, no era claro cómo ocuparse exactamente de integrar las distintas actividades. En la mayoría de los casos, el concepto de integración, según se aplica en el campo, era más un ir sobre los hombros en el que, por ejemplo, mientras se ocupaban de su trabajo normal, los trabajadores de extensión agrícola abogaban también por la planificación familiar. En forma similar, se esperaba también que los trabajadores de campo de la planificación familiar participaran en la planeación comunitaria para actividades de nutrición, salud y otras actividades de desarrollo y utilizaran estas actividades como punto de entrada para las de planificación familiar. Aunque el enfoque de desarrollo integrado total estaba todavía en las pruebas piloto de las siete provincias, la junta de la Popcom decidió poner en práctica un nuevo proyecto, el Proyecto Nacional de Población y Planificación Familiar de Alcance extramural (en adelante el Proyecto Extramural) en todo el país. Desde un punto de vista operativo, los trabajadores de campo encontraron vago el enfoque de desarrollo integrado total, llevando a una falta de uniformidad en la implementación en el campo (Scrppp, 1978).

Durante el período de transición, el gobierno introdujo varias políticas más para apoyar el programa, entre ellas la exención de derechos aduaneros a los anticonceptivos y otros suministros necesarios para el programa de planificación familiar, la reducción del número de licencias de maternidad remuneradas a cuatro, el requerimiento a las empresas privadas de proveer servicios de planificación familiar a sus empleadas y la remoción del requisito de la receta para los anticonceptivos orales, permitiendo con eso una distribución más amplia de la píldora por parte de los trabajadores de campo por medio de puntos de venta no clínicos.

Más allá de las clínicas: el Proyecto Extramural, 1976-86

Reconociendo que la estrategia basada en la clínica limitaba la capacidad de llegar a un número mayor de parejas, se lanzó el Proyecto Extramural en 1976 con la Popcom como agencia de implementación. Este reconocimiento se basó en datos de la encuesta demográfica nacional de 1973, que reveló que la tasa de predominio de uso de anticonceptivos entre las parejas caía significativamente cuando la distancia a la clínica superaba un radio de 3 kilómetros y era también mucho menor en zonas rurales que

urbanas (Scrppp, 1978). Además, estadísticas del servicio compiladas por la junta de la Popcom mostraron que el número de aceptantes de planificación familiar había llegado a una cantidad estable (cuadro 17.2). Así, con el Programa Extramural se pretendía realizar actividades de motivación y servicios de planificación familiar para todas las parejas sin importar su proximidad a la clínica mediante una red de trabajadores de alcance pagados y funcionarios voluntarios del punto de suministros de la aldea. El proyecto se convirtió en la actividad central del programa de planificación familiar.

Cuadro 17.2 Indicadores seleccionados del programa de planificación familiar, 1972-77

Indicador	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Número de mujeres casadas en edad reproductiva (miles)	4.377,9	4.512,3	4.650,9	5.117,4	5.436,5	5.453,5
<i>Aceptantes de planificación familiar</i>						
Número (miles)	526,1	691,3	762,2	716,6	716,1	550,8 ^a
Porcentaje de mujeres casadas en edad reproductiva	12,0	15,3	16,4	14,0	13,2	10,1
Número acumulado de clínicas de planificación familiar	1.490,0	2.042,0	2.192,0	2.719,0	2.794,0	2.956,0

Fuente: Scrppp, 1978.

a. Se refiere al año calendario. Todas las demás entradas se refieren al año fiscal.

El Proyecto Extramural utilizó trabajadores extramurales de tiempo completo y funcionarios en el punto de suministros de las aldeas. Para implementar el proyecto, la junta de la Popcom realizó contratos con gobiernos locales y suministró un trabajador extramural de tiempo completo por cada 2.000 parejas casadas en edad reproductiva. Se capacitó a más de 3.000 trabajadores extramurales como trabajadores de información, proveedores de servicios y organizadores comunitarios. Como proveedores de servicio, se esperaba que entregaran píldoras, establecieran puntos de servicio en las aldeas y distribuyeran anticonceptivos y materiales de información, educación y comunicación a la población objetivo. En 1977, se había desplegado un total de 2.565 trabajadores extramurales de tiempo completo y establecido 15.597 puntos de servicio en las aldeas.

El apoyo político al Proyecto Extramural incluyó una carta de instrucción emitida en 1976 que autorizaba a los gobernadores y alcaldes a asumir gradual y progresivamente la responsabilidad de financiar las actividades y programas relativos a la población y la planificación familiar según lo habían acordado la junta de la Popcom y los funcionarios locales para sus respectivas jurisdicciones.

La implementación del Proyecto Extramural nacionalmente extendió el alcance del programa de planificación familiar más allá de las clínicas. Sin embargo, probablemente también alejó el sitio de implementación de la planificación familiar fuera del Departamento de Salud y el sector privado, que prestaban servicios clínicos, al de la junta de la Popcom a través de su secretariado, la cual implementó el Proyecto Extramural con unidades del gobierno local. En lugar de fortalecer la integración de la planificación familiar con otras actividades relacionadas con la salud, el proyecto hizo que la planificación familiar pareciera más un programa vertical separado implementado por la junta de la Popcom. Se notaron problemas de coordinación a nivel de campo entre los trabajadores extramurales y el personal clínico en las unidades rurales de salud (Scrppp, 1978). Así, el Proyecto Extramural puede haber alejado al programa de la integración con el sector de la salud y el concepto de bienestar familiar, que se necesitaba como parte del esfuerzo general de la integración efectiva de población y desarrollo y también como manera de tratar con los críticos, en especial los líderes de la jerarquía de la Iglesia católica. Además, la sostenibilidad del proyecto dependía de la financiación del gobierno local, pero ésta no estaba garantizada, pues los gobiernos locales tenían capacidad de financiación limitada y pocos incentivos para financiar programas cuyos beneficios recibía la nación como un todo y no sólo a sus localidades.

Estructura organizativa

El programa de planificación familiar se diseñó desde un principio como multisectorial y con inclusión de muchas agencias. En 1978, estaban participando unas 40 agencias en el programa en áreas como servicios clínicos, capacitación, información, educación, comunicación, investigación y evaluación. Estas agencias eran agencias de línea del gobierno, organismos regionales y locales del gobierno y la Fundación Centro de Población (fundada en 1972 para forjar una asociación más fuerte entre el gobierno y el sector privado). El tamaño y la composición de la junta de la Popcom reflejaban el carácter multiagencial del programa de planificación familiar. En 1970, la junta la conformaban 21 miembros que incluían secretarios del gabinete y representantes del sector privado y las organizaciones religiosas. El número de miembros se redujo a 12 en 1971 y a 5 en 1972. Con cambios posteriores se añadieron más miembros, llegando a ser 10 el total en 1978.

La junta tenía el apoyo del secretariado de la Popcom, que encabezaba un director ejecutivo. El secretariado se expandía según se expandiera el programa, de modo que en 1978, en adición a la Oficina del Director Ejecutivo, el secretariado tenía seis divisiones (Planeación; Servicios Clínicos; Información, Educación y Comunicación;

Capacitación; Finanzas, y Administración). Entre 1970 y 1980 el secretariado tuvo tres directores ejecutivos y la dirección y el personal cambiaban también en todas las divisiones salvo la de Información, Educación y Comunicación, lo que se ha atribuido en parte a la remuneración relativamente baja pagada al personal del secretariado frente a la de los empleados de otras instituciones incluidas en el programa, como la Fundación Centro de Población. Los cambios en la presidencia de la junta de la Popcom, la rotación del director ejecutivo y de los miembros del personal del secretariado de la Popcom, afectaron la continuidad de implementación del programa.

La financiación y el papel de los donantes extranjeros

Inicialmente, el apoyo financiero para el programa provino principalmente de donantes extranjeros, especialmente la Usaid. Sin embargo, con su creación, la junta de la Popcom obtuvo su propio presupuesto y gradualmente aumentó su contribución a los costos totales del programa.

Hasta 1973, los donantes extranjeros contribuyeron con más del 60% de la financiación del programa. A partir de 1974, la participación de la ayuda extranjera disminuyó a más o menos la mitad del gasto total en 1977 y a más o menos un tercio en 1982. Hasta 1972, la Usaid proveyó virtualmente todos los fondos para el programa de planificación familiar. Desde 1973 la participación de la Usaid en el total de financiación del programa declinó gradualmente, representando sólo el 31% en 1977 y el 16% en 1980. Esto se debió a la creciente participación de la contribución del gobierno y las contribuciones de otros donantes extranjeros. La segunda fuente más grande de asistencia extranjera para el programa de planificación familiar entre 1969 y 1977 fue el Fondo de Población de las Naciones Unidas. La participación de este último llegó a 14,7% de los costos totales en 1976, pero bajó a 6,2% en 1977. Otros donantes extranjeros, como la Federación Internacional de Planificación de la Familia, la Fundación Ford, Pathfinder International, el Consejo de Población y la Fundación Asia, contribuyeron, en promedio, con el 10% al 15% de la financiación total del programa entre 1969 y 1977 (Scrppp, 1978).

La implementación del Proyecto Extramural, que empezó en 1976, necesitó mayor participación de los gobiernos locales, incluso el hacer contribuciones al programa de planificación familiar. Sin embargo, en 1978 el Comité Especial de Revisión del Programa de Población de Filipinas encontró que la mayoría de las unidades de los gobiernos locales no tenía recursos suficientes obtenidos localmente para apoyar el programa de planificación familiar. De hecho, la mayoría de esos tenía que depender de la asistencia del gobierno central para implementar el mínimo raso de proyectos de desarrollo social y económico.

Aunque los gastos en el programa de planificación familiar crecían en pesos corrientes, en términos reales (pesos constantes de 1978) disminuyeron en los últimos años setenta y primeros ochenta (cuadro 17.3), pero el impacto de esta disminución no es claro. Lo más probable es que haya limitado un mayor progreso del programa cuando las necesidades crecían, esto es, cuando el número de parejas casadas en edad reproductiva aumentaba. En adición, la reducción en los gastos reales puede haber sido una indicación de un compromiso menguante con el programa de planificación familiar señalado también por las menos frecuentes declaraciones públicas del presidente y los funcionarios de alto rango con respecto a la planificación familiar.

Cuadro 17.3 Gastos del programa de planificación familiar, 1972-1983

Año	Gastos totales		Participación porcentual de los gastos, por fuentes			
	Corrientes (\$ Filipinos millones)	Constantes (1978 = 100)	Gobierno de Filipinas	Usaid	Otras	Total
<i>Año fiscal</i>						
1972	54,4	126,2	15,1	71,1	13,8	100,0
1973	72,5	144,6	36,8	48,3	14,9	100,0
1974	113,8	180,1	51,3	30,3	18,4	100,0
1975	127,7	170,3	47,6	32,4	20,0	100,0
1976	113,9	140,2	49,5	26,2	24,3	100,0
1976, extensión ^a	73,3	86,2	59,8	32,6	7,6	100,0
<i>Año calendario</i>						
1976 ^b	130,2	153,3	55,3	29,8	14,9	100,0
1977	131,6	140,9	55,2	31,1	13,7	100,0
1978	131,3	133,3	74,2	21,6	4,2	100,0
1979	149,1	126,9	72,5	18,8	8,7	100,0
1980	163,7	117,9	79,0	15,9	5,1	100,0
1981	196,6	125,1	70,3	18,8	10,9	100,0
1982	196,2	113,3	67,4	24,1	8,5	100,0
1983	176,5	92,7	40,2	37,5	22,3	100,0
Total	1.702,6	1.643,8	59,8	28,1	12,1	100,0

Fuente: Herrin, 1994.

a. Se refiere a julio-diciembre 1976.

b. Se refiere al año calendario 1976. Estimado sumando la mitad de los gastos para el año fiscal 1976 y los de la extensión de 1976.

Otro aspecto de la financiación fue que el programa de planificación familiar dependía totalmente de la donación de los anticonceptivos. El gobierno nunca gastó un solo centavo en adquirir anticonceptivos para su distribución a los puntos de venta públicos. Algunos observadores especulan que esto fue porque los donantes, principalmente la Usaid, estaban dispuestos a proveer tales artículos y tenían la capacidad de hacerlo. Otros sospechan que el gobierno consideraba que utilizar fondos del gobierno para suministrar anticonceptivos encendería aún más la oposición al programa de planificación familiar de los líderes de la jerarquía de la Iglesia católica.

Investigación y evaluación

El desarrollo del programa estuvo apoyado por investigación básica y de políticas, y se realizaron también estudios ocasionales de evaluación, culminando con una revisión especial del programa por parte de un comité creado por el presidente Ferdinand Marcos en 1978.

Investigación básica y de políticas

Estudiosos de varias entidades académicas y de investigación, incluido el Instituto de Población de la Universidad de Filipinas, realizaron con regularidad investigación demográfica básica sobre los niveles, determinantes y tendencias de la fecundidad, nupcialidad, mortalidad y migración. Los análisis se basaron en datos recopilados individualmente y estadísticas oficiales de registros vitales y encuestas nacionales realizadas por la Oficina Nacional de Estadística. Se efectuaron además grandes estudios multidisciplinarios, como los de población, recursos, medio ambiente y el futuro de Filipinas. Este programa de investigación proyectó las condiciones físicas, económicas y de desarrollo social e identificó las acciones de políticas que podían proporcionar el mejor futuro.

Se efectuaron también varios estudios y encuestas específicamente para informar acciones de políticas y programáticas, entre ellas la encuesta nacional de aceptantes de 1974 y las encuestas extramurales comunitarias de 1978 y 1980, que aportaron información sobre el impacto de las actividades del programa en la aceptación de la planificación familiar y las tasas de prevalencia de uso de anticonceptivos. Con una encuesta efectuada en 1976 y 1977 se buscó medir las reducciones en la fecundidad y sus determinantes en las siete provincias donde se hicieron las pruebas piloto del enfoque de desarrollo integrado total.

El Comité Especial para la Revisión del Programa de Población de Filipinas

En enero de 1978 el presidente Ferdinand Marcos creó el Comité Especial para la Revisión del Programa de Población de Filipinas, al que se le encomendó la tarea de “evaluar políticas y programas relativos a la población en el contexto de los objetivos del desarrollo general del país y además preparar, deliberar y recomendar direcciones de políticas y programas sobre población para el futuro.” (Scrppp, 1978, p. III). El informe del comité, que consistió en los hallazgos y recomendaciones sobre una amplia variedad de preocupaciones, desde políticas hasta sobre la implementación de los programas, fue aprobado y adoptado por la NEDA en agosto de 1978.

El comité anotó que mientras se habían realizado algunos esfuerzos para vincular al Programa de Población general (que incluía otros aspectos de población más allá de la planificación familiar) con otras dimensiones económicas y sociales del desarrollo, en gran medida el programa se había enfocado casi únicamente en el programa de planificación familiar. Por eso el comité hacía las siguientes recomendaciones:

El Programa de Población de Filipinas debería diseñarse a una escala más amplia e integrarse totalmente a los planes nacionales de desarrollo del país. Las políticas económicas, sociales e institucionales deberan evolucionar con una consideración consciente de su impacto en el comportamiento y objetivos demográficos. Debe diseñarse una política total de población para establecer vínculos más estrechos entre los aspectos demográficos, más específicamente la fecundidad y los aspectos de la fuerza laboral y el bienestar del desarrollo. Las políticas y programas de fecundidad y planificación familiar deben formularse dentro del contexto del objetivo del bienestar familiar (Scrppp, 1978, p. 122).

Esta recomendación tuvo varios aspectos, el primero de los cuales fue que debería considerarse el impacto demográfico de las políticas y programas de desarrollo. Esto requería una comprensión de los efectos directos e indirectos de esas políticas y programas en el comportamiento demográfico y también la capacidad de medir esos efectos directos e indirectos para propósitos de planeación. El segundo se refería a lo que el comité quería decir con “política total de población” en el contexto del bienestar familiar. Operativamente, según el comité, el estado de bienestar de la familia como un todo y de los individuos que la componen consiste en requisitos mínimos para el consumo privado de la familia, servicios esenciales provistos por y para la comunidad general y empleo que produzca un nivel suficiente de ingresos. Vista así desde este concepto general de política de población en contraste con una política de reducción de la fecundidad o una de planificación familiar (esto es, políticas y programas para influir en la acción de las parejas para lograr su número deseado de hijos

y su espaciamiento), la política total de población debería constar de tres componentes integrales: “1) una política demográfica influyendo en la fecundidad, mortalidad, migración y movilidad social; 2) una política de fuerza laboral definiendo los límites de la edad económicamente activa, la tasa de participación de la fuerza laboral de la población económicamente activa, la duración del día laboral y de la semana laboral, la capacitación profesional, la consejería laboral, etc., y 3) una política de bienestar influyendo en los salarios e ingresos, la seguridad económica, las condiciones de la vivienda, los servicios de salud y educativos, las amenidades culturales, etc.” (Scrp, 1978, p. 19). La planificación familiar se consideraba como una forma de aumentar el bienestar familiar en el sentido de que una familia más pequeña aumentaba las posibilidades de una familia de satisfacer sus distintas necesidades.

En el tiempo en que se hizo la recomendación, ni la junta de la Popcom ni la NEDA estaban listas para considerar los impactos demográficos de los programas de desarrollo o la integración de las políticas demográficas, de fuerza laboral y de bienestar en el contexto del bienestar familiar. Sin embargo, como respuesta a esta recomendación, se preparó el Proyecto de Población/Planeación e Investigación del Desarrollo en 1980 a través de NEDA con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas. El proyecto estaba encaminado a mejorar la capacidad de los organismos de diseño de políticas y planeación de integrar la planeación de la población y el desarrollo paralelamente a las recomendaciones del comité y en consonancia con las recomendaciones generales del Plan de Acción Mundial de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1974.

Evaluación del Proyecto Extramural

En 1978 y 1980 la junta de la Popcom realizó encuestas de alcance comunitario extramural por medio del Instituto de Población de la Universidad de Filipinas con apoyo de la Usaid para evaluar el Proyecto de Alcance. Sus hallazgos revelaron un progreso mensurable al llegar a un grupo más grande de parejas y también ciertas deficiencias que limitaron su impacto potencial.

Las deficiencias anotadas en la encuesta de 1980 incluyeron las siguientes (Laing, 1981): primero, el potencial de los puntos de suministro de las aldeas para ofrecer un acceso mayor a los anticonceptivos era limitado, pues menos de la mitad de las mujeres casadas que vivían en la zona del punto de suministro sabían que existía dicho punto y que les podía suministrar píldoras y preservativos. Datos posteriores –de la encuesta demográfica nacional de 1983– mostraron que sólo el 26% de las usuarias corrientes de la píldora y el 40% de los usuarios de preservativos los obtenían de los trabajadores extramurales, mientras el 54% y el 30% respectivos los obtenían en las clínicas.

Segundo, la información suministrada a las parejas sobre los riesgos que implicaba el uso de anticonceptivos modernos carecía de suficiente detalle y los servicios de apoyo real requeridos para mantener los servicios de alta calidad eran insuficientes. Esta conclusión se infiere de datos de que una razón importante del no uso de los métodos clínicos fue el temor de efectos colaterales. Entre las mujeres que corrientemente usaban los métodos menos efectivos, los porcentajes de las que rechazaban la píldora, el dispositivo intrauterino y la esterilización por temor a efectos colaterales fueron de 87%, 75% y 61%, respectivamente.

Por último, la capacitación de los trabajadores de alcance (pagados y voluntarios) fue inadecuada, como lo reveló su conocimiento escaso, o aun inapropiado, de la eficacia relativa de métodos específicos.

A pesar de estas deficiencias, las encuestas indicaron también que se había logrado algún progreso. Con base en análisis multivariado de los datos de la encuesta de 1980, Laing (1981) encontró que, controlando por variables socioeconómicas y de programas distintos al extramural, varios indicadores de las actividades extramurales estaban significativamente correlacionadas con las tasas de prevalencia de uso de anticonceptivos a nivel de aldeas, y que estos indicadores explicaban una proporción sustancial de la variación en las tasas de prevalencia de uso a nivel de aldeas.

Sin embargo, un análisis en profundidad de los datos de la encuesta extramural comunitaria de 1980 sugiere que el Proyecto Extramural puede haber contribuido menos a aumentar la prevalencia de uso de anticonceptivos en las zonas del proyecto y más a desplazar las usuarias de anticonceptivos de los métodos menos efectivos a los más efectivos (Herrin y Pullum, 1981). Los datos sobre tasas generales de prevalencia de uso de anticonceptivos basadas en todos los métodos no mostraron cambio significativo entre 1978 y 1980; sin embargo, en las zonas cubiertas por el Proyecto Extramural, los datos indicaron una reducción sustancial en la preferencia de tamaño de familia medida por el porcentaje de mujeres casadas, no embarazadas y fecundas que no deseaban tener más hijos, en particular las que tenían tres o más, y entre las mujeres que no querían embarazarse más, el uso de métodos anticonceptivos más efectivos había aumentado en forma drástica.

Aunque el cambio de métodos menos eficaces a más eficaces fue de hecho un desarrollo bienvenido desde el punto de vista de desempeño del proyecto, para que acelerara la reducción de la tasa de fecundidad, la de prevalencia de uso de anticonceptivos en general debía aumentar en forma significativa y preferiblemente con el aumento atribuible al uso de los métodos más eficaces. Para un aumento de la tasa de prevalencia de uso, el Proyecto Extramural debía aumentar su cobertura en la nación y mejorar su eficacia. Seis años después de su implementación inicial, el proyecto aparentemente no tenía cobertura verdaderamente nacional: la junta de la Popcom

estimó que en 1982, el Proyecto Extramural cubría sólo el 62% de las parejas casadas en edad reproductiva fuera de Metro Manila.

Reflexiones y enseñanzas para el futuro

Al reflexionar sobre la experiencia de los primeros años del programa de planificación familiar, se nota la inconsistencia de las políticas entre las agencias del gobierno nacional, la preocupación por los objetivos demográficos y algunos efectos no deseados.

Inconsistencia de las políticas

El Programa de Población empezó con un fuerte compromiso político del presidente y los legisladores con respecto a la necesidad de reducir el rápido crecimiento de la población mediante un programa nacional de planificación familiar que incluyera tanto al sector público como al privado y que respetara las convicciones religiosas y morales de las parejas. Sin embargo, otros centros de política, específicamente la junta de la Popcom y la agencia nacional de planeación (inicialmente el Consejo Económico Nacional, luego NEDA), ofrecieron señales conflictivas sobre la necesidad de dicha reducción dependiendo de quién encabezaba la agencia. Entre 1970 y 1982, el gobierno tuvo dos conjuntos de planes de desarrollo que diferían en cuanto a su énfasis en el papel del crecimiento de la población en el desarrollo y la necesidad de un programa de planificación familiar fuerte. La misma carencia de consistencia política evidente en la agencia nacional de planeación apareció también en la junta de la Popcom cuando el presidente de la junta dirigía el programa en una dirección que difería de la política oficial legislada. Así, individuos con fuertes puntos de vista personales sobre población y planificación familiar podían aparentemente influir en la formulación de políticas y planes sin orientación oficial de las autoridades de nivel superior. Esta inconsistencia al nivel más alto del diseño de políticas envió señales conflictivas a quienes implementaban el programa de planificación familiar en el terreno.

Una articulación de políticas similarmente inconsistente o conflictiva es evidente más tarde entre la NEDA (reflejada en sus planes de desarrollo a mediano plazo) y la junta de la Popcom y el Departamento de Salud (reflejadas en sus respectivas declaraciones de políticas) sobre asuntos como la necesidad de implementar un programa de planificación familiar con un objetivo de reducción de la fecundidad, para ayudar a las parejas a lograr su fecundidad deseada y para promover la salud materno-infantil (Herrin, 2002). Esta situación no fue un buen presagio para un programa sostenido en años posteriores.

Esta inconsistencia en la política de población de Filipinas puede entenderse en el contexto de la falta de un consenso en funcionamiento entre los autores de las políticas oficiales y los líderes políticamente influyentes de la jerarquía de la Iglesia católica sobre la promoción de los anticonceptivos y la esterilización. (Ellos habían logrado un consenso con respecto a declarar ilegal al aborto como método de planificación familiar y a incluir los métodos naturales de planificación familiar entre los métodos del programa del gobierno). La mayor interferencia a cualquier consenso potencial entre el gobierno y los obispos católicos ocurrió cuando el gobierno renegó de su promesa de no incluir la esterilización entre los métodos de su programa. Esto creó desconfianza por parte de los obispos católicos, quienes temían que más adelante el gobierno aprobaría también al aborto como método de anticoncepción. Al mismo tiempo, aun cuando los métodos del programa del gobierno incluían el del ritmo y otros métodos llamados naturales, el programa del gobierno no los promovió tan vigorosamente como los métodos “artificiales”. Así, el gobierno no aprovechó una oportunidad de trabajar en forma estrecha con la jerarquía de la Iglesia católica, pero al mismo tiempo esta última puede no haber estado dispuesta a vincularse a tal asociación para evitar la percepción de que aprobaba los métodos artificiales.

Preocupación con los objetivos de la planificación familiar

La primera preocupación con los asuntos alrededor del rápido crecimiento de la población se centró naturalmente en los objetivos del programa de planificación familiar de reducir la fecundidad para moderar el crecimiento de la población. Moderar la fecundidad, y con ella el crecimiento de la población, es un objetivo válido de política, pero un programa de planificación familiar puede también ayudar a cumplir otros objetivos, como ayudar a las parejas a lograr sus objetivos de fecundidad y promover la salud materno-infantil. Estos otros objetivos, aunque mencionados de paso, no recibieron tanta importancia en el diseño del programa como el objetivo demográfico. Podría formularse una jerarquía de objetivos que empiece con ayudar a las parejas a obtener su tamaño de familia deseado como un fin en sí mismo. Los datos de la encuesta demográfica nacional y otras encuestas nacionales mostraron que muchas parejas, particularmente entre los pobres, tenían más hijos de los que deseaban. Además, muchas parejas no deseaban más embarazos o esperaban espaciar los nacimientos, pero no practicaban la planificación familiar. Así, un programa de planificación familiar puede diseñarse para ayudar a las parejas a lograr sus objetivos de fecundidad, lo que tiene un efecto directo en su bienestar.

Los nacimientos que sobrepasan el número deseado de hijos son a menudo de alto riesgo; por ejemplo, los nacimientos de madres jóvenes o mayores, nacimientos

a intervalos pequeños y nacimientos de alto orden. Por tanto, ayudar a las parejas a lograr sus objetivos de fecundidad mediante la planificación familiar puede tener un efecto significativo en la salud de la madre y el niño. En adición, cuando las parejas tienen más hijos de los que desean, lograr su fecundidad deseada tendría el efecto de reducir la fecundidad general, y de ahí que el objetivo demográfico de reducción de la fecundidad nacional y la moderación del crecimiento de la población también se alcanzaran.

Un programa de planificación familiar diseñado y promovido con esta jerarquía de objetivos en mente sería más consistente con el concepto de integración adoptado por el Plan Mundial de Acción. Es también más aceptable para un conjunto más amplio de participantes, incluyendo a quienes se oponen a un programa de planificación familiar. Así, volver a plantear la jerarquía y las interrelaciones de múltiples objetivos y diseñar el programa para lograr esos objetivos podría invitar menos oposición y más campos para obtener consenso. No es probable que el objetivo de ayudar a las parejas a lograr sus objetivos de fecundidad ocasione mayor desacuerdo. Desde la perspectiva de los derechos humanos, lograr este objetivo requiere que las parejas sean capaces de hacer elecciones informadas sobre métodos disponibles recibiendo información sobre costos, seguridad y eficacia, como también tener acceso a la consejería por parte de miembros de su religión. Una colaboración o una división de trabajo entre el gobierno, el sector privado y las organizaciones religiosas, puede entonces hacerse sobre la provisión de métodos específicos que escoja la pareja.

Efectos no deseados

Parcialmente por la oposición al programa de planificación familiar, en particular la oposición a los anticonceptivos, por parte de los obispos católicos, y parcialmente por la disponibilidad de anticonceptivos donados, el gobierno filipino optó por no apropiarse fondos para adquirir anticonceptivos. Al no gastar dinero de impuestos para adquirir anticonceptivos, el gobierno pensó que podría parcialmente desviar la crítica abierta de los obispos católicos.

Sin embargo, la naturaleza de los anticonceptivos donados era que debían distribuirse gratis a los clientes. Mientras más generalizada la distribución, más improbable era que el sector privado expandiera su propio mercado. Este enfoque tuvo el efecto no deseado de continuar la extrema dependencia del gobierno para el suministro de anticonceptivos que, a su vez, volvió al gobierno más vulnerable a la oposición de los obispos católicos. Si el gobierno se hubiera procurado sus suministros de anticonceptivos para distribución gratis a los pobres permitiendo al mismo tiempo al sector privado expandir el suministro para servir a los no pobres, el sector privado podría

haberse expandido significativamente más de lo que lo hizo. Un sector privado expandido y descentralizado habría sido menos vulnerable a la influencia política de los obispos católicos y pudo haber ayudado a sostener la prestación del servicio.

El Proyecto Extramural, aunque estaba dirigido a expandir el radio de acción del programa allende las clínicas, se diseñó de tal forma que sin intención asumió la responsabilidad primaria de la motivación y la prestación del servicio de planificación familiar que era del Departamento de Salud. Como resultado, el programa desaprovechó una oportunidad de integrar la planeación con las actividades de salud y bienestar familiar. Tal integración pudo haber creado otra dimensión para una colaboración más cercana entre el gobierno y los obispos católicos.

Referencias

- Bengzon, Alfredo R. A. 1992. "Health Policy Reforms: Seeing and Doing, and Moving Onto Center Stage." *Philippine Economic Journal* XXXI (72): 62–68.
- CBCP (Catholic Bishops Conference of the Philippines). 1969. "Statement of the Catholic Bishops on Public Policy Regarding Population Growth Control." En *Pastoral Letters, 1945–1995*, ed. Pedro C. Qutorio III, 322–27. Intramuros Manila: CBCP.
- . 1973. "Pastoral Letter of the Catholic Hierarchy of the Philippines on the Population Problem and Family Life." En *Pastoral Letters, 1945–1995*, ed. Pedro C. Qutorio III, 396–400. Intramuros Manila: CBCP.
- Concepción, Mercedes B. 1970. *The Philippines*. Country Profiles Series. Nueva York: Population Council.
- . 1973. "Philippine Population Policy and Program." En *The Filipino Family in the Seventies: An Ecumenical Perspective*, ed. Vitaliano R. Gorospe y Richard L. Deats, 51–60. Ciudad Quezón, Filipinas: New Day Publishers.
- . 1977. "Philippines." En *Family Planning in the Developing World: A Review of Programs*, ed. Walter B. Watson, 19–20. Nueva York: Population Council.
- Herrin, Alejandro N. 1994. "Philippine Demographic Development and Public Policies: 1970–1985." En *Population, Human Resources and Development*, vol. 1, ed. A. N. Herrin, 507–30. Ciudad Quezón, Filipinas: University of the Philippines Press.
- . 2002. "Population Policy in the Philippines, 1969–2002." Serie de documentos de discusión 2002–08, Philippine Institute for Development Studies, Makati, Metro Manila.
- Herrin, Alejandro N. y Thomas W. Pullum. 1981. *Family Planning in the Philippines: A Preliminary Assessment of the Impact of Population Planning II*. Informe preparado para la U.S. Agency for International Development, Manila.

- Laing, John E. 1981. *Family Planning Outreach in the Philippines: Final Report of the Community Outreach Surveys*. Ciudad Quezón, Filipinas: University of the Philippines, Population Institute.
- National Statistics Office y ORC Macro. 2004. *National Demographic and Health Survey, 2003*. Calverton, MD: National Statistics Office y ORC Macro.
- Population Institute. 1985. *Philippine Population Data: An Update*. Ciudad Quezón, Filipinas: University of the Philippines, Population Institute.
- Scrppp (Special Committee to Review the Philippine Population Program). 1978. *Final Report of the Special Committee to Review the Philippine Population Program (Scrppp)*. Manila: National Economic and Development Authority.
- Usaid (Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional). 1979. "Back-up Papers for the Multi-Year Population Strategy Statement." Informe de evaluación. Usaid Mission to the Philippines, Manila.

V

Asia meridional

18

Surgimiento del programa nacional de planificación familiar de India

Oscar Harkavy y Krishna Roy*

India tiene una larga historia de preocupación maltusiana sobre los efectos de la presión de la población en su oferta de alimentos y otros recursos. Thomas Malthus fue un profesor de economía política en el colegio universitario de East India Company's en Inglaterra de 1805 a 1834. Él estaba convencido de que la alta tasa de crecimiento de la población de India era la primera causa de las periódicas hambrunas que afligían a ese país. Como lo han anotado Caldwell y Caldwell (1986, p. 4), Malthus y sus sucesores “aseguraron que generaciones de funcionarios y académicos británicos en India vieran la sociedad de ese país en términos maltusianos”.

Durante muchos años, los nacionales indios estuvieron desconcertados también por las serias consecuencias del crecimiento de la población del país. En 1916, por ejemplo, un académico indio, Pyare Kishan Wattal, publicó *The Population Problem in India* (Wattal, 1916), retratando las terribles consecuencias del crecimiento de la población que India experimentaba. En 1928, se organizó una liga neomaltusiana en Madrás. Cinco años antes se había abierto la primera clínica de control natal de India en Poona (Visaria y Jain, 1976), pero estuvo restringida por la oposición de Gandhi a los métodos artificiales de control de la natalidad. Según el censo de población de 1931, entre 1921 y 1931, la población de India aumentó más de 10%, unos 27,27 millones de habitantes.

Una serie de eventos que antecedieron el primer Plan Quinquenal de India independiente (1952-57) señaló la urgencia de controlar el crecimiento de la población. El Comité de Investigación de la Hambruna Bengalí, conformado para examinar la hambruna de 1940 y sus posibles raíces en el rápido crecimiento de la población, notó con alarma que la población de India aumentaría en 100 millones entre 1945 y 1960 y recomendó configurar una red de clínicas de control natal. El Comité de

* Los autores agradecen los comentarios de Jack Kantner, Timothy King, Gadde Narayana, Ronald Ridker, Warren C. Robinson y John A. Ross.

Investigación de Salud y Desarrollo (conocido popularmente como el Comité Bhore) establecido en 1943, solicitó también un programa nacional de planificación familiar para mejorar la condición de salud de la población. El secretario del Comité de Investigación de la Hambruna Bengalí, R. A. Gopalswami, llegó a ser el director del censo de 1951. Proyectó una población para 1981 de 520 millones (la cifra real fue de 690 millones) y temía que la presión de la población sobre la oferta de alimentos produciría una hambruna que causaría aún mayor devastación y muertes que la de Bengala. En 1951, Gopalswami urgió al primer ministro Jawaharlal Nehru a apoyar un programa nacional de vasectomía (Caldwell y Caldwell, 1986).

Los hallazgos del Comité de Investigación de la Hambruna Bengalí, y del Comité de Investigación de Salud y Desarrollo motivaron al gobierno de India a adoptar el Programa Nacional de Planificación Familiar en 1947. En 1950, el gobierno designó el Comité de Política de Población, presidido por el ministro de salud y creó la Célula de Planificación Familiar en la Oficina del Director General de Servicios de Salud.

El primer Plan Quinquenal de India asignó Rs 6,5 millones (US\$1,44 millones) al Ministerio de Salud para investigación sobre asuntos de población y la aceptabilidad de la planificación familiar natural y otros métodos anticonceptivos. Sólo se utilizaron Rs 1,45 millones (US\$320.000) para apoyar clínicas de planificación familiar (Visaria y Jain, 1976). Con esta modesta iniciativa, India fue el primer país del mundo en establecer un programa oficial para controlar el crecimiento de la población.

En comparación con el vecino Pakistán y otros países en desarrollo, la tasa de crecimiento de la población de India no era particularmente alta. Su tasa anual general de aumento de la población era de un 2,2% en 1961 y de 2,5% en 1971, con diferencias sustanciales entre las regiones. La mortalidad relativamente alta, una gran incidencia de viudez y un tabú cultural sobre el matrimonio de las viudas impidieron niveles extremadamente altos de crecimiento de la población. No obstante, la población de India aumentaba en más de un millón de habitantes cada mes. Además, el 2,4% de la superficie del mundo, que contenía un 15% de la población mundial, tenía una densidad de población de 300 o más habitantes por kilómetro cuadrado (Visaria y Jain, 1976). Govind Narain, secretario del Departamento de Planificación Familiar y Desarrollo Urbano del Ministerio de Salud, a finales de los años sesenta, expresó la perspectiva oficial predominante: “La alta tasa de crecimiento de esta gran población... plantea tremendos problemas socioeconómicos, no sólo para el mantenimiento de estándares mínimos de vida sino también para aumentarlos. Un vasto desarrollo mediante grandes aumentos en la producción agrícola e industrial ha quedado neutralizado ya por el crecimiento de la población... La numerosa expansión de empleo, vivienda, educación y otras facilidades se las ha tragado enteramente el rápido crecimiento de la población” (Narain, 1968, p. 1).

El recuadro 18.1 presenta una cronología de los eventos que activaron intentos de establecer programas de planificación familiar en India.

Recuadro 18.1 Cronología de eventos principales

- 1916: Pyare Kishan Watal publica *The Population Problem in India*, advirtiendo sobre las terribles consecuencias del crecimiento acelerado de la población.
- 1921: Los censos decenales de población indican el principio de un continuo y rápido crecimiento de la población, alarmando a políticos e intelectuales.
- 1923: Se inaugura la primera clínica de control natal de India en Poona.
- 1928: Se establece una liga neomaltusiana en Madrás simbolizando un inicio organizado de medidas de control de población utilizando métodos artificiales.
- 1937: El teniente coronel B. L. Raina, primer director de planificación familiar del Ministerio de Salud, organiza un centro de salud materno-infantil y planificación familiar llamado Sociedad de Ayuda a Nuestras Madres (en inglés, Help Our Mothers Society) que ofrece servicios médicos gratis.
- 1940: Una comisión del gobierno, conformada para examinar las causas y consecuencias de la hambruna bengalí a principios de los años cuarenta, advierte sobre un aumento proyectado de la población sin precedentes de 100 millones entre 1945 y 1960.
- 1943: Se conforma el Comité de Investigación de Salud y Desarrollo (conocido popularmente como Comité Bhore), que solicita un programa nacional de planificación familiar para mejorar la condición de salud de la población.
- 1947: El gobierno adopta el Programa Nacional de Planificación Familiar.
- 1949: Se establece la Asociación de Planificación Familiar de India bajo la dirección de Lady Rama Rau, la cual supervisa la distribución a las clínicas de los fondos de planificación familiar asignados al Ministerio de Salud durante el primer Plan Quinquenal.
- 1950: El gobierno designa el Comité de Política de Población, presidido por el ministro de salud.
El gobierno crea la Célula de Planificación Familiar en la Oficina del Director General de Servicios de Salud.
- 1951: R. A. Gopalswami, director del censo de población de 1951, proyecta una población de 520 millones de habitantes para 1981 (la cifra real fue de 690 millones) y urge al primer ministro Jawaharlal Nehru a apoyar un programa nacional de vasectomías.
La ministra de salud Rajkumari Amrit Kaur solicita una misión de la Organización Mundial de la Salud para asesorar sobre la promoción del método del ritmo.
- 1952-57: El primer Plan Quinquenal, que incluye un capítulo sobre población, asigna Rs 6,5 millones al Ministerio de Salud para investigación sobre asuntos de población, la aceptabilidad de la planificación familiar natural y otros métodos anticonceptivos y adopta un enfoque basado en las clínicas.

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 18.1)

- 1955: La Fundación Ford acuerda una consultoría para asesorar sobre actividades para extender la planificación familiar más allá de los métodos naturales.
- 1961: Se ofrecen anticonceptivos en unas 4.000 clínicas de control natal.
- 1956-61: El segundo Plan Quinquenal, que extiende el enfoque basado en clínicas.
- 1961-66: El tercer Plan Quinquenal de India solicita un aumento de 10 veces la cantidad asignada en el plan anterior en los fondos para planificación familiar.
- 1962: Se demuestra la inutilidad del enfoque basado en clínicas con el crecimiento constante de la población revelado por el censo de población de 1961. El gobierno fija el objetivo de reducir la tasa de natalidad bruta de 41 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes a 25 para 1970. Estudios del Instituto Gandhigram para el Desarrollo Rural y la Planificación Familiar confirman el fracaso del enfoque basado en clínicas y recomiendan uno de extensión.
- 1963: Se inicia una campaña de planificación familiar extendida, que incluye educadores de extensión, cirujanos asistentes, trabajadores de bienestar familiar, enfermeras-parteras auxiliares y tenedores de depósitos de anticonceptivos (los responsables de almacenar y entregar anticonceptivos) a nivel de aldeas.
- 1965: El Consejo Médico Indio aprueba el dispositivo intrauterino.
- 1966: Se plantea cumplir el objetivo de una tasa de natalidad bruta de 25 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes lo más pronto posible y no esperar hasta 1970.
- 1966-67: Los objetivos de uso de anticonceptivos en toda India y los objetivos demográficos de drástica reducción del crecimiento de la población, que llevaron al llamado modelo Hitts (operado por el Departamento de Salud, basado en incentivos, orientado a objetivos, con límite de tiempo y enfocado a la esterilización) en 1962, demostraron ser inútiles en un corto tiempo.
- Finales años 60: El Ministerio de Salud pasa a ser Ministerio de Salud y Planificación Familiar e incluye un Departamento de Planificación Familiar. Se crea el cargo de secretario de Estado para planificación familiar.
- 1965: Se establece el Instituto Central de Planificación Familiar. Con la participación colaboradora del Instituto Nacional de Administración de Salud y Educación, fundado a principios de los años sesenta, y el Instituto Central de Planificación Familiar, se establecen 19 distritos de planificación familiar intensiva con el patrón de los distritos de agricultura intensiva. Se establece un programa intensivo para capacitar administradores de planificación familiar en Estados Unidos, con el auspicio conjunto del gobierno y la Fundación Ford.
- 1968: Se fija el objetivo de una tasa de natalidad bruta de 23 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes para 1978-79.
- 1969: Se crea el Programa Hospitalario de Posparto para toda India.
- 1970-73: Durante el quinto Plan Quinquenal, el Programa Hospitalario Posparto atiende 1,2 millones de pacientes de obstetricia y aborto y más del 18% aceptan un método de control natal.

(Continuación recuadro 18.1)

- 1970-77: Las vasectomías, con incentivos sustanciales monetarios y en especie, representan la característica definitiva del programa de planificación familiar. Los campos de vasectomía se tornan en un instrumento principal para lograr un gran número de aceptantes.
- 1971: El secretario de Estado, doctor S. Chandrasekhar, cabildea exitosamente en el parlamento para legalizar el aborto.
- 1971: Se aprueba la Ley de Interrupción Médica del Embarazo legalizando el aborto.
- 1972-73: Se efectúan unos 23.000 abortos anualmente en hospitales y clínicas autorizados.
- 1972: Se establece la Fundación de Planificación Familiar, que empieza a financiar investigación de alta calidad en ciencias sociales pertinente al programa nacional de planificación familiar.
- 1974: La Fundación de Planificación Familiar financia un volumen importante que influye en la delegación india a la Conferencia Mundial de Población de 1974.
- 1975: El Programa Hospitalario de Posparto afilia 255 hospitales. Entre 1956 y 1975 se impiden más de 20 millones de nacimientos. La tasa de natalidad de 42 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes en 1960-61 disminuyó a 35 en 1974-75. La primera ministra Indira Gandhi declara la emergencia a causa de una crisis económica y propone un programa de 20 puntos no incluyendo control de la población; sin embargo, su hijo, Sanjay Gandhi, promueve su propio programa de cuatro puntos para control de la población. Los estados aumentan sus objetivos de esterilización e introducen métodos coercitivos. Con la intensa campaña coercitiva, las esterilizaciones efectuadas en los 12 meses anteriores llegan a 8,26 millones.
- 1976: El parlamento formula y adopta una política nacional de población que exige un ataque frontal contra los problemas de población.
- 1977: El Instituto Nacional de Administración de Salud y Educación y el Instituto Central de Planificación Familiar se fusionan para formar el Instituto Nacional de Salud y Bienestar Familiar. Los 19 distritos de planificación familiar intensiva se disminuyen gradualmente a 4. La política nacional de población legitima los excesos de la campaña de esterilización y las medidas coercitivas y finalmente produce el colapso del gobierno de Indira Gandhi. Se inaugura una política de población revisada. Se cambia el nombre de la planificación familiar a bienestar familiar para promover la educación y motivación, recalcando el espaciado de los nacimientos en lugar de la reducción de la fecundidad. Se reducen drásticamente los objetivos de esterilización. El gobierno aumenta la edad mínima para el matrimonio a 18 años para las mujeres y 21 para los hombres.

Primera fase del programa de planificación familiar

Atrapados entre la apremiante urgencia de controlar el crecimiento de la población y la abrumadora influencia de la herencia de Gandhi en la mayoría del gabinete de Nehru, especialmente el ministro de salud, para los arquitectos del primer Plan Quinquenal de India independiente fue una tarea hercúlea reconciliar las dos posiciones opuestas y todavía diseñar un programa de planificación familiar racional y eficaz.

Ideología gandhiana y política de población

Aunque el primer ministro Nehru y su Comisión de Planeación vieron la necesidad de controlar el crecimiento de la población, se vieron frustrados por el legado gandhiano de dependencia de los métodos naturales de control natal, en especial la abstinencia. La ministra de salud, Rajkumari Amrit Kaur, una discípula leal del desaparecido Mahatma Gandhi, era una oponente acérrima de esfuerzos para lanzar un programa nacional de planificación familiar que empleara cualquier cosa salvo métodos naturales de anticoncepción. En 1951, solicitó una misión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para asesoría en la promoción del método del ritmo. La OMS envió al doctor Abraham Stone, director de la Margaret Sanger Birth Control Clinic de Nueva York, para cumplir la asignación (Harkavy, 1995).

Limitado por los términos de su misión, Stone siguió el consejo de un médico en Delhi y diseñó un collar de 28 cuentas para que la mujer controlara su ciclo menstrual. Las cuentas eran rojas para los días fértiles, verdes para los no fértiles y anaranjadas para los días del flujo menstrual. El collar se diseñaría en forma personalizada para cada mujer de acuerdo con su propio ciclo menstrual para que pudiera seguir el método del ritmo, y debía mover las cuentas de un lado a otro, empezando con el primer día de la menstruación (Raina, 1988). Este plan resultó ser un fiasco –algunos de los collares terminaron adornando los cuernos de las vacas– y los métodos naturales de planificación familiar nunca llegaron a constituir una forma significativa del control natal en India.

En adición a su impracticabilidad, la iniciativa de planificación familiar natural omitió reconocer que la planificación familiar no es sólo una función de la salud y la educación, sino de varios factores sociales y culturales que dirigen la motivación para tener hijos, especialmente varones, en países tradicionalistas como India.

Anticoncepción artificial con enfoque basado en clínicas

El primer ministro Nehru y su Comisión de Planeación insistieron en seguir adelante con un programa de planificación familiar efectivo. Contrató a Douglas Ensminger, el representante de la Fundación Ford en India, para fortalecer el programa. En 1955, Ensminger arregló una consultoría de la doctora Leona Baumgartner, comisionada de salud de la ciudad de Nueva York y Frank Notestein, director de la Princeton Office of Population Research (Baumgartner y Notestein, 1955). El informe de su misión persuadió a Rajkumari Kaur a apoyar la creación de una junta nacional de planificación familiar para supervisar un programa nacional que se extendería más allá de la planificación familiar (Ensminger, 1971).

Un esfuerzo nacional para controlar la población era una perspectiva atemorizante. Para citar a Dipak Bhatia, un funcionario importante de planificación familiar, “Sólo el tamaño de este país, con sus 560.000 aldeas y 3.000 ciudades y pueblos es... parte del problema. Las personas que busquen exponer programas masivos de desarrollo se enfrentan a gigantescas barreras que incluyen el analfabetismo generalizado, el transporte inadecuado, la diversidad de culturas e idiomas y una frustrante falta de canales de comunicación masiva a las zonas rurales donde vive el 80% de la población” (Bathia, 1969, p. 68).

Un número creciente de clínicas de control natal patrocinado por la élite india formó parte del paisaje indio, particularmente en las ciudades. En 1949, se fundó la Asociación de Planificación Familiar de India bajo la dirección de Lady Rama Rau, una figura temible en los primeros años del movimiento internacional de planificación de la familia. La asociación supervisó la distribución a las clínicas de la mayor parte de los fondos de planificación familiar asignados al Ministerio de Salud en el primer Plan Quinquenal. En 1961, India tenía unas 4.000 clínicas de control natal que ofrecían los anticonceptivos disponibles en ese tiempo, a saber: preservativos, diafragmas, y tabletas espumosas vaginales. Los estrategias de planificación familiar acordaron, sin embargo, que simplemente abrir clínicas y esperar clientes era una respuesta débil al floreciente crecimiento de la población. No obstante, el enfoque clínico se extendió durante el segundo Plan Quinquenal (1956-61).

Segunda fase del intento de planificación familiar

Los intentos masivos de limitar el crecimiento de la población que se hicieron durante el período anterior a la independencia y cogieron impulso adicional durante el primer Plan Quinquenal a través de esfuerzos concertados para establecer una red nacional de clínicas de planificación familiar, no demostraron un impacto significativo en la reducción del crecimiento de la población.

Fijación de alcance y objetivos: estrategia principal de la segunda fase

El censo de población de 1961 reveló la inutilidad del enfoque de clínicas, ya que el crecimiento de la población continuaba constante y el nivel de fecundidad en realidad había aumentado. Para responder a este desafío, el gobierno fijó en 1962 el objetivo de reducir la tasa de natalidad bruta de 41 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes a 25 para 1970. La reducción de la fecundidad vino a ser el objetivo predominante de toda la planeación de la población en los 20 años siguientes.

Infortunadamente, la fijación de un objetivo de una tasa de natalidad drásticamente inferior en un período especificado estuvo acompañada de un intento relativamente débil de popularizar la planificación familiar con educación y comunicación. Sin embargo, en forma significativa, se reemplazó la estrategia basada en las clínicas por un enfoque de extensión en el que se solicitaba a los trabajadores de planificación familiar efectuar visitas a domicilio para motivar a las parejas a aceptar métodos de planificación familiar (Srinivasan, 2006).

Dos pioneros encabezaron la evolución del intento de control natal de India de un enfoque basado en clínicas a uno basado en la población y de alcance de salud pública. Uno fue el teniente coronel B. L. Raina, primer director de planificación familiar del Ministerio de Salud. Raina había sido oficial médico en el ejército indio y se había interesado mucho tiempo en el control natal. En 1937, organizó un centro de salud materno-infantil y planificación familiar llamado Sociedad de Ayuda a Nuestras Madres (Matra Sewa Sang) que ofrecía servicios gratis de médicos, enfermeras y trabajadoras sociales. Margaret Sanger fue uno de los miembros de la junta del centro.

El segundo pionero fue el doctor Moyer Freymann, un médico estadounidense de salud pública que formó parte del personal de la Fundación Ford en India en 1957. Freymann, graduado en Johns Hopkins Medical School con doctorado en ciencias sociales de Harvard, se ocupó inicialmente de promover investigación de acción sobre higiene y construcción de letrinas. Se frustró rápidamente por la rigidez y falta de innovación de la burocracia de salud pública el gobierno, pero encontró que el Instituto de Salud Rural de Gandhigram en el sur de India estaba abierto a la investigación innovadora. Así, Freymann y Raina acudieron al instituto para hacer pruebas piloto relativas a la planificación familiar basada en la población.

La estrategia del instituto fue responder a las necesidades de alta prioridad que tenían los aldeanos y luego introducir servicios de salud y planificación familiar tras ganar la confianza de aquéllos. El instituto, al que después se le cambió el nombre por el de Instituto Gandhigram de Desarrollo Rural y Planificación Familiar, reportó un importante éxito temprano cuando la tasa de natalidad en su zona piloto, que tenía una población de unos 100.000 habitantes, cayó de 43 nacimientos vivos por cada

1.000 habitantes en 1959, a 28 en 1968 (McCarthy, 1985). Debe anotarse, sin embargo, que un análisis posterior de estos datos efectuado por el instituto sugiere que fue más importante un aumento en la edad para el matrimonio que el programa de planificación familiar para bajar la tasa de natalidad (Visaria y Jain, 1976).

Una parte importante de los intentos del instituto fue una serie de estudios a corto plazo sobre implementación de programas y factores que afectan la aceptación de anticonceptivos, anticipando el masivo esfuerzo de investigación de operaciones mundiales apoyado posteriormente por la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional (Usaid). Los estudios del instituto confirmaron las dudas sobre la eficacia de los programas basados en clínicas y apuntaron a un enfoque de extensión, que el gobierno adoptó a mediados de los años sesenta. Infortunadamente, el gobierno, al planear su campaña de planificación familiar en gran escala, no tuvo en cuenta en general los resultados del trabajo del instituto que observaron la adaptabilidad de la prestación del servicio acompañada de investigación operativa que ofrecía enseñanzas para el éxito o fracaso de los programas.

El programa de planificación familiar extendido

En el tercer Plan Quinquenal de India (1961-66) se solicitó un aumento de 10 veces la cantidad asignada en el plan anterior en los fondos destinados específicamente para planificación familiar. A partir de 1963, el programa basado en clínicas se reemplazó con una campaña de planificación familiar “reorganizada” o “extendida”. Se desplegó un ejército de trabajadores de planificación familiar a lo largo y ancho de las zonas rurales que incluía funcionarios de planificación familiar estatales y distritales quienes supervisaban a los trabajadores de extensión, cirujanos asistentes, trabajadores de bienestar familiar, enfermeras-parteras auxiliares y tenedores voluntarios de depósitos de anticonceptivos a nivel de las aldeas. Estos últimos eran los responsables de supervisar el almacenaje y entrega de anticonceptivos. La meta de esta campaña fue cumplir el objetivo del gobierno de reducir la tasa de natalidad de 41 nacimientos por cada 1.000 habitantes a 25.

Conseguir un número suficiente de personal adecuadamente capacitado –aproximadamente 150.000 personas– para este ambicioso plan constituyó un desafío enorme. En 1968, se había ocupado el 75% de los cargos asignados, pero sólo el 25% del personal tenía capacitación apropiada. La escasez de médicos, especialmente médicas y enfermeras-parteras auxiliares, era particularmente severa. El gobierno diseñó varios planes de incentivos monetarios para estimular al personal a participar, ofreciendo, por ejemplo, remuneraciones de Rs 100 por mes a estudiantes femeninos de medicina que acordaran trabajar con el programa de planificación familiar al gra-

duarse. En adición, se encargó a varios centros auspiciados por el gobierno, como el Instituto Central de Planificación Familiar en Nueva Delhi, de la organización de programas de capacitación regionales (Narain, 1968).

El programa de planificación familiar extendido adoptó varias características que permanecieron más o menos constantes en las décadas siguientes. El gobierno proporcionó casi toda la financiación para los programas que administraba cada estado. El gobierno central fijó objetivos de aceptantes de anticonceptivos por tipo de método y los aplicó más o menos mecánicamente a estados, distritos, subdistritos y eventualmente a los trabajadores individuales de planificación familiar.

En 1966-67 el objetivo para toda India fue de 2,33 millones de inserciones de dispositivo intrauterino (DIU), 1,38 millones de esterilizaciones y 1,83 millones de preservativos (Raina, 1966). Los objetivos se programaron, en forma irrealista, con aumentos anuales y para 1970-71 se fijaron en 19.69 millones de DIU, 4.51 millones de esterilizaciones y 4.66 millones de preservativos (Raina, 1966). Se fijaron objetivos demográficos para cada estado y distrito, y cada distrito era responsable del cumplimiento de los objetivos. Éstos debían cumplirse en períodos de tiempo especificados: la expresión “con objetivos y a tiempo” aparecía a menudo en los pronunciamientos oficiales. Los objetivos debían cumplirse con independencia de las enormes diferencias de entornos sociales, culturales y físicos de las distintas regiones de India. De acuerdo con Srinivasan (2006, p. 19), “el programa se aferró a un modelo Hitts (por sus iniciales en inglés), es decir, operado por el Departamento de Salud, basado en incentivos, orientado a objetivos, con límite de tiempo y enfocado a la esterilización”.

Cambios en la organización gubernamental

El gobierno intentó fortalecer su estructura organizativa para implementar este ambicioso programa. A finales de los años sesenta, el Ministerio de Salud pasó a ser el Ministerio de Salud y Planificación Familiar y se organizó un Departamento de Planificación Familiar dentro del ministerio. Su primer director fue el general S. P. Bhatia, a quien le siguió el teniente coronel Dipak Bhatia. Ambos eran médicos del ejército, comprometidos y enérgicos que a menudo se vieron enfrentados a la recalcitrante burocracia.

Continuando la reestructuración organizativa en los niveles superiores del gobierno, la primera ministra Indira Gandhi nombró a S. Chandrasekhar al cargo recién creado de secretario de estado para la salud y la planificación familiar. Demógrafo con doctorado de la Universidad de Nueva York, Chandrasekhar había escrito varios libros populares sobre temas de población y era un defensor apasionado del control natal. Como secretario, encabezó una campaña importante promoviendo el control

de la natalidad y exitosamente cabildeó en el parlamento para legalizar el aborto en 1971. Fue un entusiasta proponente del DIU, que el Consejo Médico Indio había aprobado en 1965. Quizás se le recuerde mejor por su plan de dar un radio transistor a cada hombre dispuesto a recibir la vasectomía.

Experimentos con enfoques alternativos

Después de su trabajo con el Instituto Gandhigram, Freymann y Raina colaboraron con aliados en el gobierno para mejorar la eficacia del intento masivo del mismo. Con US\$26 millones en rupias del gobierno y US\$12 millones de la Fundación Ford, se diseñó un ambicioso plan de colaboración que solicitaba la organización de 19 distritos de planificación familiar intensiva que serían apoyados por dos instituciones nuevas fundadas en 1965, el Instituto Nacional de Administración de Salud y Educación (Nihae) y el Instituto Central de Planificación Familiar.

En los distritos de planificación familiar intensiva se siguió el patrón de los distritos de agricultura intensiva, en los cuales se asignaron funcionarios estadounidenses de extensión agrícola para ayudar a agricultores individuales a mejorar su producción mediante proyectos de demostración en cada estado de India. Similarmente, los distritos de planificación familiar intensiva servirían como proyectos de demostración en cada uno de los 15 estados en los que se dividía India en ese tiempo y en cuatro grandes ciudades.

Operando como un colegio universitario de personal para el plan de distritos intensivos, el Nihae, diseñado por Freymann, ofrecería programas cortos de capacitación en el sitio de trabajo para los administradores de la planificación familiar y, eventualmente, programas de posgrado en educación y administración de servicios de salud, otorgando incluso grados doctorales. La instrucción general en administración de salud pública se haría pertinente a la planificación familiar utilizando ejemplos de este campo en el trabajo del curso.

Para complementar la capacitación de la Nihae a los administradores de planificación familiar, la Fundación Ford proporcionó becas para más o menos una docena de funcionarios indios de planificación familiar en escuelas de salud pública de Estados Unidos. A principios de los años sesenta, ninguna de ellas ofrecía un plan de estudios en administración de planificación familiar mientras algunos miembros del profesorado de Harvard y la Universidad de Carolina del Norte sí tenían experiencia en programas de planificación familiar en Puerto Rico y en reservas de nativos de Estados Unidos. En consecuencia, los becarios de India fueron enviados a estas últimas instituciones. Al mismo tiempo, el Programa de Población de la Fundación Ford basado en Nueva York hizo grandes donaciones a esas escuelas y a la Universidad de

Michigan para fortalecer sus planes de estudio sobre planificación familiar y en los años sesenta y setenta llegaron a ser centros importantes de capacitación para funcionarios de planificación familiar de todo el mundo en desarrollo.

Freymann confesó que tenía un motivo oculto para enviar a los funcionarios indios a las escuelas de salud pública de Estados Unidos. Él esperaba que los funcionarios capacitados en el exterior apreciarían en su totalidad un enfoque de alcance extramural basado en la población para la planificación familiar y no revertirían a la estrategia anterior basada en las clínicas (entrevista de Freymann con Oscar Harkavy, 1990).

La institución acompañante de Nihae, el Instituto Central de Planificación Familiar, sería la rama técnica del programa general de planificación familiar, realizando una serie de programas de capacitación e investigación desde demografía hasta pruebas clínicas de anticonceptivos.

Infortunadamente, el Nihae y el Instituto Central de Planificación Familiar nunca pudieron afianzarse en la burocracia del gobierno y eventualmente se fusionaron en el Instituto Nacional de Salud y Bienestar Familiar en 1977. El plan de los 19 distritos intensivos encontró oposición de los funcionarios del Ministerio de Salud y se redujo gradualmente a cuatro distritos. Aun esta modesta versión nunca entró en operación debido a la oposición del gobierno. De modo que las esperanzas de que los proyectos de demostración de distritos intensivos permitieran experimentación flexible con enfoques de prestación de servicios e informaran así al programa nacional, se esfumaron. En lugar de estimular proyectos piloto experimentales dirigidos a subpoblaciones específicas, que fueron usuales en programas exitosos de planificación familiar en lugares como la República de Corea, el intento indio “se estandarizó demasiado temprano... se aplicó uniformemente en todo el país, a menudo sin tener en cuenta la disposición local, las condiciones locales, la disponibilidad de personal calificado, o la necesidad de aprender y de adaptarse a las condiciones locales y distintas” (Freedman, 1987, p. 63).

Tercera fase del programa de planificación familiar

El esfuerzo masivo iniciado por el Departamento de Planificación Familiar del gobierno y los departamentos estatales de salud en 1961 mostraron pocos signos de éxito. Las tasas de crecimiento de la población no estaban disminuyendo, como lo confirmó el censo de 1971 (Srinivasan, 2006), lo que produjo una extensa frustración en los círculos oficiales.

Campos de vasectomía: 1970-77. Intentos de un enfoque coercitivo

Después de su asignación como registrador general del Censo en 1951, R. A. Gopalswami, mientras laboraba como secretario jefe de la Presidencia de Madrás, había calculado que si se efectuaban siete vasectomías por cada 1.000 habitantes cada año durante 10 años, se evitarían todos los nacimientos de cuarto orden y superiores, reduciendo la tasa de natalidad a 25 nacimientos por cada 1.000 habitantes. Su trabajo alentó el uso de incentivos para quienes aceptaban recibir la vasectomía y creó también grandes expectativas sobre el valor de fijar objetivos.

De hecho, las vasectomías, con incentivos sustanciales en dinero y en especie para recibirla, llegaron a ser una de las características determinativas de la iniciativa india de planificación familiar. La esterilización femenina (tubectomía) formó parte del intento también, pero no se presentó en forma tan prominente como su contraparte masculina. Los llamados campos de vasectomía fueron un instrumento importante para lograr grandes números de aceptantes en períodos cortos de tiempo.

Usualmente, los campos eran hospitales de campo móviles organizados en los centros primarios de salud. Un médico entusiasta organizó una instalación de vasectomías en la estación principal del ferrocarril de Bombay. Se asignaron temporalmente médicos y paramédicos a los campos para efectuar las esterilizaciones y también para inserciones de DIU. La apertura de un campo era precedida de una campaña agresiva de publicidad. En adición a quienes recibían la esterilización, los promotores llevaban candidatas a los campos y el personal médico que prestaba el servicio era recompensado con incentivos monetarios de distinta cantidad. Los funcionarios del gobierno participaron en muchos de estos campos, prestando un elemento coercitivo al proceso.

En 1970, el campo más espectacular de vasectomía se organizó en el distrito Ernakulam de Kerala. El recaudador del distrito (administrador oficial jefe), S. Krishnakumar, lanzó una campaña previa de un mes, de publicidad masiva a un campo de vasectomía. Organizó una marcha de miles de hombres llevando pendones de planificación familiar al ayuntamiento, donde se efectuaban las vasectomías. Los pagos de incentivos incluían un bono de Rs 31, el valor de una semana de alimentos para la familia del paciente, 8 kilos de granos alimenticios aportados por CARE y participación en un sorteo con premios de entre Rs 5 y Rs 200. El paquete total de incentivos equivalía más o menos a los ingresos de un mes para el aceptante usual. Al año siguiente tuvo lugar un segundo campo de un mes. En conjunto, en los dos campos se esterilizaron 78.000 personas entre hombres y mujeres.

Durante el período de campañas agresivas de vasectomías, India fue el primer país del mundo en cuanto a esterilizaciones realizadas, entre vasectomías y tubectomías.

Durante su asignación como secretario del Interior (1971-73), Narain estimó que este número sobrepasó los 4,6 millones, casi la mitad del total realizado en el mundo.

La coerción y “la emergencia”

En 1975, la primera ministra Indira Gandhi declaró la emergencia debido a una crisis económica causada por el fracaso de las cosechas y la duplicación de los precios del petróleo. Ella propuso un programa de 20 puntos para manejar la crisis que, sorprendentemente, no mencionaba el control del crecimiento de la población. Sanjay Gandhi, su hijo y heredero visible, sin embargo, promovió su propio programa de cuatro puntos, que le otorgaba primera prioridad al control de la población. En consecuencia, empezó a persuadir a los políticos en todo el país a que adoptaran medidas ásperas para reducir la tasa de natalidad. El método seleccionado fue el de esterilización, inspirado en el éxito de los campos de vasectomía con sus paquetes de incentivos y participación activa de funcionarios de los gobiernos locales.

Consecuencias de la emergencia

Los estados elevaron sus objetivos de esterilización e introdujeron medidas coercitivas para cumplirlos. Por ejemplo, en Bihar, se suspenderían las raciones públicas de alimentos a las parejas con más de tres hijos. En Utar Pradesh, se exigió a los maestros (excepto a los no casados y a los que no tenían hijos) esterilizarse o perderían la paga de un mes. Se pasó una ley en Maharashtra exigiendo esterilización a las parejas con más de tres hijos. En adición a estas medidas oficiales, los funcionarios oficiales locales, como policías, recolectores de tiquetes de ferrocarril y quienes operaban tiendas de precio justo del gobierno, demandaron que los miembros masculinos elegibles de cada familia recibieran la vasectomía so pena de arresto o pérdida del empleo. Aunque tales medidas coercitivas se tomaron para obtener el favor de Sanjay Gandhi, pocas se implementaron en realidad (Gwatkin, 1979).

El comisionado de planificación familiar del gobierno asumió enormes poderes, como también lo hicieron los funcionarios de planificación familiar a nivel de estados. El número de esterilizaciones realizadas en los 12 meses desde abril 1975 llegó a 8,26 millones, “más que el total realizado en los cinco años anteriores y más que el total realizado en cualquier otro país del mundo hasta ese tiempo” (Srinavasan, 2006, p. 10).

Reversión de las medidas coercitivas de control de población

Los excesos de la campaña de esterilización de Sanjay Gandhi y las medidas coercitivas que la acompañaron crearon una reacción tremenda que produjo el colapso del

gobierno de Indira Gandhi en enero de 1977. Aun cuando no se suspendió el programa de planificación familiar del gobierno, los políticos fueron renuentes a asociarse con él y el programa se mantuvo extremadamente débil en la década siguiente.

Inicio del enfoque democrático para la planificación familiar

En 1977 se inauguró una política de población revisada. Se cambió el nombre a la planificación familiar por el de bienestar familiar y se redujeron los objetivos de esterilización en forma significativa. La nueva política se diseñó para promover educación y motivación y se dirigió primordialmente a espaciar los nacimientos y no a reducir la fecundidad.

Los estudios del Instituto Gandhigram habían establecido que la mayor edad para el matrimonio, reforzada por mayor educación y empleo femenino, constituía una causa más potente de la reducción de la fecundidad que la adopción de los métodos anticonceptivos predominantes. El gobierno actuó sobre esta información elevando la edad mínima para el matrimonio a 18 años para las mujeres y a 21 para los hombres. Los políticos y autores de las políticas habían aprendido también la dura lección de que las parejas optaban por la esterilización tan tarde en sus vidas reproductivas que el procedimiento escasamente hacía mella en el crecimiento de la población.

El Programa Hospitalario de Posparto en toda India, iniciado en 1969, era una adición atractiva al programa del gobierno. Se basó en un plan originado por el doctor Howard Taylor, profesor de obstetricia en el Columbia College of Physicians and Surgeons (Colegio de Médicos y Cirujanos de Columbia) y Bernard Berelson, presidente del Consejo de Población. Según lo reconocieron Taylor y Berelson, las mujeres que recientemente habían dado a luz o abortado estaban particularmente dispuestas a aceptar un método de control natal (Ross y Mauldin, 1988). En 1975, 255 hospitales se habían afiliado al programa de posparto. Entre 1970 y 1973, estos hospitales atendieron unas 1,2 millones de pacientes de obstetricia y aborto, más del 18% de las cuales aceptó un método de control natal mientras estaba en el hospital. Según los datos de seguimiento, otro 5% aceptó un método dentro de los tres meses siguientes a su alumbramiento o aborto (Visaria y Jain, 1976).

Aunque los programas basados en hospitales tenían características atractivas, su alcance era limitado, pues en India sólo un porcentaje muy pequeño de nacimientos ocurría en el hospital, aun en las ciudades; tales facilidades no estaban disponibles en la mayoría de las zonas rurales. Los programas basados en hospitales podían a lo sumo llegar a las élites urbanas, que generalmente no necesitaban incentivos para practicar la planificación familiar.

Rasgos sobresalientes del intento de planificación familiar de India

Nunca había intentado un país del tamaño y diversidad de India un experimento tan osado como el que hizo bien pronto después de un período agotador de independencia del dominio británico y tan tempranamente durante sus ambiciosos esfuerzos de desarrollo económico.

Experimento osado

Por su naturaleza, un experimento tan audaz en un campo no recorrido antes como la planificación familiar como parte del proceso de desarrollo económico, estaba destinado a enfrentar muchos contratiempos, aun entre sus éxitos. No obstante, la visión, conocimiento y convicción de los arquitectos del desarrollo de India orientaron el proceso por el que las tendencias de población lentamente quedaron bajo el control de las políticas y programas. A pesar de su experiencia negativa durante el período colonial, los líderes políticos de India no demoraron en solicitar la ayuda internacional para apoyar su intento de planificación familiar.

Al principio de su gobierno, el primer ministro Nehru y su Comisión de Planeación reconocieron la urgente necesidad de controlar el crecimiento de la población y permitir el uso de métodos artificiales de control natal, una desviación drástica del legado gandhiano que había guiado el camino a una India independiente. Una piedra angular de los primeros intentos de planificación familiar fue el coraje de los líderes electos para tomar decisiones de largo alcance, aun en asuntos que afectaban los aspectos más íntimos de la vida de las personas. Sin la experiencia de otros países a la que recurrir, los autores de las políticas estuvieron preparados para tomar decisiones, cambiar de curso y buscar asesoría y asistencia cuando se necesitó.

Aunque no fue de ninguna manera un éxito definitivo, el programa de India dejó una marca indeleble en la historia de los primeros intentos de planificación familiar del siglo XX. El Departamento de Planificación Familiar del gobierno estimó que se impidieron más de 20 millones de nacimientos entre 1956 y 1975. Los cálculos basados en el número de nacimientos impedidos concluyeron que la tasa anual de natalidad cayó de unos 42 nacimientos por cada 1.000 habitantes en 1960-61 a unos 38 en 1970-71 y a unos 35 en 1971-75. Lo incompleto de las estadísticas vitales hace que estos cálculos de la tasa de natalidad sean, en el mejor de los casos, aproximados.

Aún más, "es bastante difícil aislar el efecto del programa de planificación familiar en la tasa de natalidad de un país o establecer una relación causal entre los intentos del programa y una reducción en la tasa de natalidad aun cuando haya disponibilidad

de datos adecuados sobre los muchos factores interrelacionados que afectan la tasa de natalidad” (Visaria y Jain, 1976, p. 41).

Entorno social

Desde los primeros días de la planificación familiar hasta el presente, la aceptación de planificación familiar en el sur y el norte de India ha sido agudamente divergente. Los llamados cuatro estados de bajo desempeño, Bihar, Madhya Pradesh, Rajasthan y Utar Pradesh en el “cinturón hindi” del norte son notables por su pobreza y su lento progreso en relación con todos los elementos del desarrollo, no sólo la planificación familiar.

La alfabetización es un pronosticador confiable del éxito del desarrollo. Por ejemplo, en 1971, la tasa de alfabetización en estados como Bihar y Rajasthan era alrededor de 18% a 20%, en contraste con aproximadamente un 60% en Kerala, un estado de alto desempeño del suroeste. Mientras la alfabetización general ha aumentado en forma marcada desde los años cincuenta, el crecimiento de la población ha hecho que el número absoluto de analfabetas aumente. Por ejemplo, el número de analfabetas aumentó en un 16% entre 1961 y 1971 (Visaria y Jain, 1976). Quizá aún más significativo que la alfabetización general, la alfabetización femenina es una condición previa crucial de la aceptación de planificación familiar. Sin embargo, en el “cinturón hindi” la alfabetización femenina fue en promedio menos de 10%. Los dos temas más críticos responsables del deficiente desempeño de la planificación familiar en India y, de hecho, en la mayoría de los primeros intentos de Asia oriental y meridional, fueron el analfabetismo femenino y la dependencia económica y emocional total de las mujeres de sus esposos, padres y otros miembros masculinos mayores de la familia.

Entre 1974 y 1975 la proporción de parejas casadas con tres o más hijos que adoptó métodos de control natal osciló entre 5% y 10% en estados como Bihar, Rajasthan y Utar Pradesh, contra 20% a 49% en estados relativamente alfabetizados Gujarat, Karnataka y Maharashtra.

La experiencia india ofrece una clara demostración de un análisis de Freedman y Berelson (1976) de los efectos conjuntos de la fuerza de un programa de planificación familiar y el entorno social. Los principales componentes del entorno social son la alfabetización y la educación, especialmente de la mujer; el nivel de bienestar económico de la familia; la accesibilidad a servicios de salud, incluidos los de planificación familiar, y los niveles de supervivencia infantil. Fuertes esfuerzos de programas en un entorno social alto producen buenos resultados en cuanto al porcentaje de parejas que usa anticoncepción; esfuerzos débiles en un entorno social bajo producen resul-

tados decepcionantes. Además, un entorno social alto ayuda a lograr un esfuerzo de programa fuerte, y viceversa. Esto se demuestra en el cuadro 18.1.

Cuadro 18.1 Porcentaje de parejas protegidas en estados indios, por entorno social y esfuerzo de programa

Esfuerzo de programa	Entorno social				Rango medio		
	Alto		Medio	Bajo			
<i>Fuerte</i>	Punjab y Haryana	23,0	Orissa	17,2	—	17,5	
			Andhra Pradesh	16,6		11,6–23,0	
	Kerala	19,2	Mysore	11,6			
	Promedio	21,1	Promedio	15,1			
<i>Moderado</i>	Maharashtra	23,4	—	Madhya Pradesh	13,5	16,1	
	Gujarat	17,9				7,8–23,4	
	Tamil Nadu	17,7		Bihar	7,8		
	Promedio	19,7		Promedio	10,7		
<i>Débil</i>	Bengala occidental	11,6	Assamm	8,1	Uttar Pradesh	7,7	8,4
			Jammu y Cachemira	7,6	Rajasthan	6,8	6,8–11,6
			Promedio	7,9	Promedio	7,3	
	Promedio	11,6	Promedio	7,9	Promedio	7,3	
<i>Media</i>		18,8		12,2		9,0	14,0
<i>Rango</i>		11,6–23,4		7,6–17,2		6,8–13,5	6,8–23,4

Fuente: Freedman y Berelson, 1976, 27.

Nota: — = no disponible.

Los recursos empleados en alfabetización y educación femenina, en servicios de extensión agrícola en entornos rurales, en otra capacidad de obtención de ingresos en entornos urbanos y en aumentar la capacidad de la mujer para obtener ingresos sobre los cuales tengan control, las facultades emponderándolas para negociar exitosamente y controlar el tamaño de su familia y el espaciamiento de sus embarazos. Estos son los ingredientes esenciales de un entorno social alto, que es un prerrequisito del desarrollo sostenible que produce una familia de tamaño pequeño (Roy, 1993).

Métodos de control natal

En su evolución, el programa de planificación familiar de India empleó una variedad de métodos anticonceptivos además de la esterilización. Al iniciarse, se entregaban en clínicas privadas y del gobierno tabletas espumosas vaginales anticonceptivas de dudosa eficacia, diafragmas y preservativos. En los años cincuenta, un rumor ampliamente repetido alegaba que algunas mujeres aldeanas habían tragado por error las tabletas vaginales y empezaron a echar espuma por la boca, desalentando así su uso.

Los preservativos continuaron como parte importante de la combinación de anticonceptivos. Su mercadeo social, posteriormente aceptado en el mundo en desarrollo, se originó en India, idea original de Meter King, un consultor de la Fundación Ford que trabajó como profesor visitante en el Calcutta Institute of Management. Con el plan de mercadeo de King, los preservativos suministrados sin costo por la Usaid, los distribuían las grandes corporaciones con operaciones en India, como Lipton Tea y Hindustan Lever. Llamados Nirodh (protección, en hindi), los preservativos, pulcramente empacados se vendían a bajos precios para cubrir los costos mínimos de distribución a los minoristas, que los revendían a los consumidores a tres por 15 *paise* (US\$0,001 cada uno). Sin embargo, al desarrollarse el programa de planificación familiar, se utilizaron varios canales de distribución de preservativos, como centros de planificación familiar, hospitales y clínicas que los ponían a disponibilidad sin costo. En adición, India empezó a producir sus propios preservativos en una compañía del sector público, M/S Hindustan Latex Limited (Narain, 1968). Infortunadamente, los preservativos se asociaron generalmente con la relación sexual ilegítima y extramarital, lo que desalentó su uso dentro del matrimonio.

A partir de 1966, el DIU de plástico Lippes, conocido popularmente como el “asa”, fue uno de los métodos principales de control natal en India, aunque se evitaba el término DIU por ser el acrónimo común de muerte intrauterina (*intrauterine death*) en el vocabulario médico de India. El Consejo de Población fue en gran parte responsable de revivir el DIU como uno de los métodos anticonceptivos predominantes, después de que las primeras versiones hechas de acero se habían desprestigiado. En 1962, el consejo patrocinó una conferencia internacional sobre el DIU a la que asistieron prominentes médicos de India. Los doctores Sheldon Segal del Consejo de Población y Anna Souyham del Colegio de Médicos y Cirujanos de Columbia, enviados a India como consultores de la Fundación Ford a principios de los años sesenta, alentarón activamente a sus colegas indios a efectuar pruebas clínicas del DIU en pequeña escala. Sin embargo, la doctora Shushila Nayyar, la ministra de salud india, se opuso vigorosamente a la adopción del método por preocupaciones sobre su seguridad. Fue necesaria la visita de Alan Guttmacher, el afamado obstetra de Johns Hopkins y pre-

sidente de Planificación de la Familia de América (en inglés Planned Parenthood of America) para convencer a Nayyar de que el método era seguro. En 1965, el Consejo Indio de Investigación Médica aprobó la inclusión del DIU en el programa nacional de planificación familiar (McCarthy, 1985).

Según lo informado por Freymann, los funcionarios indios de planificación familiar fueron demasiado entusiastas promoviendo el DIU (entrevista de Freymann con Oscar Harkavy, 1990). Un programa de choque, de inserciones se organizó antes de haberse preparado los manuales de instrucción y capacitado suficientemente a los proveedores del servicio. En adición, la consejería de pacientes fue muy desatendida. Aunque se realizaron más de 800.000 inserciones de DIU entre 1965 y 1966, seguidas de cerca de un millón entre 1966 y 1967, se difundieron con rapidez rumores sobre efectos colaterales perjudiciales y se desprestigió el DIU. De hecho, en los años inmediatamente siguientes, se removieron más DIU de los que se insertaron. Se consideró que el colapso de la iniciativa del DIU fue un factor importante en el desencanto de la iniciativa general de planificación familiar del gobierno que permeó en todos a principios de los años setenta.

La píldora anticonceptiva nunca fue un ingrediente importante del programa indio. El establecimiento médico tenía dudas sobre su seguridad y se cuestionaba sobre si las mujeres analfabetas podrían seguir un programa prescrito para su uso. Además, la píldora se ha asociado con enfermedades, mientras el embarazo y el nacimiento de un hijo son ocasiones de gozo que nunca podrían asociarse a enfermedades en el pensamiento indio tradicional. El costo recurrente de la píldora y la necesidad de un seguimiento médico eran razones adicionales presentadas por el escepticismo oficial. Había disponibilidad de varias píldoras de “control natal” producidas localmente, pero se basaban en plantas nativas y no estaban sujetas a pruebas rigurosas en relación con su eficacia o seguridad. Una motivación del intento notablemente exitoso de Segal y Sutham de ayudar a formar una red de científicos en reproducción de clase mundial en India fue la de crear capacidad nativa de evaluar anticonceptivos.

El aborto, teóricamente ilegal hasta 1971, no fue uno de los métodos de control natal del gobierno, pero los estimados indican que se realizaban hasta cinco millones de abortos ilegales anualmente antes de la aprobación de la Ley de Interrupción del Embarazo médicamente en 1971. Esta legislación legalizó el aborto con sujeción a una variedad de restricciones. Unos 23.000 abortos se realizaron en hospitales y clínicas autorizados entre 1972 y 1973 (Visaria y Jain, 1976).

Las encuestas de uso de anticonceptivos fueron raras en los primeros años del intento de planificación familiar de India. En los años sesenta y setenta, encuestas realizadas por el Departamento de Planificación Familiar del gobierno, la Oficina del Registrador General y el Grupo de Investigación de Operaciones, independiente,

presentaron hallazgos considerablemente distintos. Según una encuesta de 1970 del Grupo de Investigación de Operaciones el 13,6% de las parejas del país practicaba planificación familiar, del cual sólo el 9,7% utilizaba métodos provistos por el programa oficial: esterilización (6,3%), preservativos (2,6%), DIU (0,7%) y otros métodos convencionales (0,1%). Otro 4% de encuestados informó uso de retiro y abstinencia (Visaria y Jain, 1976). Dado que la esterilización, adoptada usualmente por parejas mayores al final de su edad reproductiva, era el método favorito, el efecto del intento total de planificación familiar en la fecundidad fue menor de lo que habría sido si hubieran sido más populares los métodos de espaciamiento entre las parejas más jóvenes y fecundas.

Campanas publicitarias

Desde los primeros días del programa de planificación familiar, se acompañó la provisión de anticonceptivos con campañas publicitarias para alentar su uso. Entre estas actividades fue notable el triángulo rojo y las “cuatro caras”. El triángulo rojo –un triángulo equilátero, con una de sus puntas apuntando hacia abajo– fue pintado en tableros de anuncios, rocas y los costados de los edificios en toda India, y se lo identificó universalmente como el símbolo de la planificación familiar. Junto al triángulo aparecía la consigna “ten solo dos o tres hijos, eso basta”. El triángulo rojo se pintó a menudo contra un fondo amarillo brillante que presentaba las caras sonrientes de un padre, una madre, un hijo y una hija, las cuatro caras. Esta iniciativa la originó T. K. Tyagi, comisionado asistente para medios de comunicación del Departamento de Planificación Familiar y Frank Wilder, el consultor de la Fundación Ford sobre comunicaciones para planificación familiar.

Tyagi ganó fama por su elefante, llamado Lal Tikon (triángulo rojo). Raina (1988, 2005-6) quien siguió con su interés entusiasta en la evolución del programa de planificación familiar, rindió tributo a Tyagi como “una persona bastante única, dedicada al triángulo rojo” y describió la génesis de Lal Tikon así: al encontrar un cuidador de elefantes desempleado, Tyagi motivó a un pequeño grupo de partidarios a obtener dinero y diseñó una insignia que presentaba un elefante y un triángulo rojo para que la usaran los donantes. Con su apoyo financiero, el elefante ornamentado con el triángulo rojo iba de sitio en sitio distribuyendo volantes y preservativos. El último tributo de Tyagi a Lal Tikon fue que, a su muerte, cubrieron su cuerpo con insignias de Lal Tikon en la marcha fúnebre acompañado por su canción favorita de planificación familiar.

Para complementar la campaña del triángulo rojo, el mensaje de planificación familiar se presentaba en los medios de comunicación masiva, inclusive radio y televi-

sión, presentaciones de marionetas y canciones folclóricas. Compañías de actores de teatro ambulantes y cantantes difundieron el mensaje en el campo (Narain, 1968). El público indio está acostumbrado a recibir mensajes importantes de salud por medio de marionetas, canciones folclóricas, dramas populares y actividades parecidas y así la estrategia de Tyagi no era extraña para las familias tradicionales. Lo que fue extraño fue la idea de que la familia debía limitarse a un hijo y una hija. Aunque una hija pudo haber sido plausible, dada la necesidad de proveer la dote bien pronto en su vida, un solo hijo se consideraba tristemente inadecuado para asegurar suficiente trabajo de campo, seguridad económica apropiada para la ancianidad y, lo más importante, la preservación del nombre familiar. Considerando los altos niveles de mortalidad infantil, en especial en las zonas rurales, una familia de dos hijos parecía algo absurdo. Parece que ningún miembro del personal local del programa, para no mencionar el personal de asistencia técnica extranjera, previó tal oposición a su propaganda.

Medición de impacto y retroalimentación

En un campo tan poco explorado como el control de la natalidad en un país de la diversidad y tamaño de India, era indispensable la medición del impacto y, lo más importante, la retroalimentación de la población objetivo. Infortunadamente, dichos ejercicios fueron escasos y débiles.

A principios de los años sesenta, se vinculó una variedad de centros de investigación de India a intentos sistemáticos de medir el conocimiento, las actitudes y la práctica de planificación familiar. A semejanza de otros países en desarrollo, las encuestas de India revelaron un conocimiento creciente sobre planificación familiar por parte de los encuestados y aun un aumento alentador en los que informaron estar positivamente motivados a limitar el tamaño de su familia, pero una proporción desalentadora de los que usaban realmente métodos eficaces de control natal. A pesar del abismo entre el número de encuestados que declaró su deseo de limitar el tamaño de la familia y el de los que practicaban control natal, los funcionarios de la planificación familiar creían que los resultados, que documentaron actitudes favorables hacia la planificación familiar en grandes proporciones del público general, alentaron a los políticos a aumentar el apoyo financiero para los programas de control natal del gobierno.

Como parte de sus intentos de planificación familiar, el gobierno apoyó una variedad de proyectos de investigación de acción demográfica y comunicación coordinados por el Instituto Central de Planificación Familiar, un organismo autónomo financiado por el gobierno. El Centro de Capacitación e Investigación Demográfica, instaurado por las Naciones Unidas (llamado más tarde Instituto Internacional para

Estudios de Población) fue un centro notable de dicha investigación y también de capacitación en demografía (Narain, 1968, p. 9).

A través de los años sesenta y setenta, los científicos sociales indios en las universidades e institutos de investigación autónomos eran renuentes, en su mayoría, a vincularse a investigación en planificación familiar. El trabajo del Instituto Gandhigram fue una excepción notable. Científicos sociales veteranos entrevistados en 1971 informaron que las operaciones de planificación familiar estaban en las manos de los médicos y que la política la fijaban los funcionarios oficiales superiores, ninguno de los cuales estaba interesado particularmente en las contribuciones de los científicos sociales. Ashok Mitra, jefe de la Comisión de Planeación y distinguido científico social, notó con tristeza que la burocracia veía a los académicos como buscapleitos. Por su parte, los científicos sociales académicos evitaban la investigación sobre el programa de planificación familiar, dejándosela a los responsables oficialmente de implementar los programas de planificación familiar y empleados por el Ministerio de Salud y Planificación Familiar.

Investigación de las ciencias sociales

Las contribuciones de las ciencias sociales a los temas de población mejoraron sustancialmente con la formación de la Fundación Población de India (antes la Fundación de Planificación Familiar), fundada en 1970 por un grupo dedicado de industriales y activistas de población dirigidos por J. R. D. Tata, quien la orientó como presidente fundador hasta su muerte en 1993. Desde 1951, Tata, el principal industrial de India, había propuesto un instituto de población no gubernamental. Su visión fructificó dos décadas después con él mismo como presidente y J. C. Kavoori, antiguo profesor de trabajo social, como director. Tata no pudo convencer a otros individuos con dinero de apoyar a la Fundación de Planificación Familiar y fue su principal benefactor, contribuyendo con una proporción de tres a uno sobre la donación inicial de US\$100.000 de la Fundación Ford.

La Fundación Población de India financió varios estudios de investigación en ciencias sociales de alta calidad directamente pertinentes al programa nacional de planificación familiar, incluido un ensayo sobre las consecuencias del crecimiento de la población por Ashok Mitra y un examen de estrategias de planificación familiar por M. N. Srinivas, el principal antropólogo de India. La Fundación Planeación financió también en la primera mitad de los años setenta un volumen importante titulado *Population in India's Development (La población en el desarrollo de India)*, una compilación de varios ensayos sobre la población y su impacto en el desarrollo. Este último influyó en la delegación india a la Conferencia Mundial de Población de

Bucarest en 1974, en la que el vocero de India declaró famosamente que “el desarrollo es el mejor anticonceptivo”. Esta declaración implicaba un creciente desencanto con el enfoque del gobierno hacia la planificación familiar, que dependía de la imposición de arriba abajo de objetivos e incentivos para la esterilización. La percepción del fracaso del enfoque de la política llevó a incorporar la planificación familiar en las iniciativas de salud materno-infantil, que le dio legitimidad y popularidad. El cambio de nombre del Ministerio de Salud y Planificación Familiar a Ministerio de Salud y Bienestar Familiar formalizó esta transición estratégica (correspondencia personal con Ronald Ridker, 2006).

Ayuda extranjera

En los primeros días del programa de planificación familiar de India, los líderes veían la asistencia técnica extranjera como un reemplazo del colonialismo político del cual acababa de librarse India por un colonialismo técnico en planificación familiar. Ninguno de estos estilos de colonialismo fue lo bastante respetuoso de la cultura tradicional que gobernaba la vida de la mayoría de los indios, el 80% de los cuales vivía en aldeas rurales. Tampoco hubo disposición de permitir que los indios asumieran la propiedad ni siquiera de sus propias iniciativas. En las subsecciones siguientes se discute sobre los principales proveedores de ayuda extranjera.

Fundación Ford

En los primeros días del intento de planificación familiar de India, la Fundación Ford tomó la delantera en la ayuda, si no en la formación, de la empresa emergente. Gran parte de eso puede atribuirse a la cercana asociación de su representante, Ensminger, con el primer ministro Nehru, quien estimuló a la fundación a asumir un papel importante. Además, el estilo personal de Ensminger de contratar grandes números de expertos estadounidenses para ofrecer asistencia técnica a sus colegas indios en una variedad de iniciativas acentuó la prominencia de la fundación en los primeros días de actividades sobre población de India (Ensminger, 1971).

Mientras Freymann, King, Segal, Southam y Wilder hicieron significativas contribuciones, según se ha descrito, muchas otras personas de asistencia técnica a quienes Ensminger trajo a India fueron menos útiles. El colapso del plan de planificación familiar intensiva a finales de los años sesenta dejó a los expertos extranjeros contratados para trabajar en esos distritos sin contrapartes indias. Irónicamente, algunos de estos últimos estaban en el exterior con becas de la Fundación Ford. La Nihae y el Instituto Central de Planificación Familiar carecían de suficiente espacio de oficinas

en sus primeros días, lo que hizo que los asesores de la fundación asignados para ayudar a estas entidades emplearan la mayor parte del tiempo en las oficinas principales de la fundación en Nueva Delhi y no en contacto productivo con los colegas indios. Además, el papel prominente de los asesores extranjeros en el diseño de varias iniciativas tendió a desalentar la propiedad india de tales proyectos.

Usaid

La Usaid inició su asistencia al programa de planificación familiar de India en 1968. Los fracasos históricos por el monzón en 1965-66 y 1967-68 provocaron temores de hambruna masiva en la década siguiente. Una misión en 1966 de las oficinas principales de la Usaid recomendó la terminación de tres proyectos de salud apoyados por la agencia y el enfoque, en cambio, en planificación familiar. En 1968, la Usaid inició un paquete de ayuda de US\$7,7 millones para planeación de bienestar familiar, parte del cual era en moneda local, controlada por la Usaid, que el gobierno había marcado como contrapartida a la ayuda de emergencia de alimentos de Estados Unidos (designada como Ley Pública 480 rupias).

Reimart Ravenholt, el dinámico director de la Oficina de Población de la Usaid, dudaba que los préstamos y la Ley Pública 480 rupias fueran un modo efectivo de ayuda. En consecuencia urgió a su agencia a aprobar una donación directa de US\$50 millones al gobierno para vehículos, anticonceptivos y apoyo general para el programa de planificación familiar del gobierno. Eventualmente tuvo éxito en conseguir US\$20 millones para construir centros primarios de salud y financiar una duplicación del número de enfermeras-parteras auxiliares empleadas por el programa de planificación familiar. Como resultado, la Usaid se convirtió en el mayor donante para planificación familiar de India. El despliegue de 74 asesores estadounidenses se incluyó en este plan. Aunque la Usaid sobrepasó a la Fundación Ford en la cantidad de personal de asistencia técnica asignado a planificación familiar en India, el número real fue considerablemente inferior a 74. Según recuento de John Lewis, el director de misión de la Usaid en India, “Washington nos puso bajo presión para empujar recursos y luego extraer a cambio modificaciones al programa” (Minkler, 1975, p. 245).

En 1973, las relaciones entre los gobiernos de India y Estados Unidos se enfriaron, debido, entre otras cosas, a la percepción de una inclinación de EUA hacia Pakistán. En consecuencia, se ordenó abruptamente a la Usaid retirar la asistencia en planificación familiar en India. La primera ministra Indira Gandhi se había embarcado en un programa de confianza propia nacional que afectaba a la Fundación Ford también. K. K. Das, secretario del Ministerio de Salud y Planificación Familiar, rompió los acuer-

dos con los consultores del ministerio apoyados por la fundación y rehusó reunirse con los funcionarios de ésta.

Otros donantes

El segundo mayor donante en 1973 fue la unión entre la Asociación para el Desarrollo Internacional del Banco Mundial y la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional, cuando gastó US\$32 millones en proyectos ambiciosos de demostración en los estados de Karnataka y Uttar Pradesh. El objetivo era ensayar alternativas a los programas de planificación familiar del gobierno, particularmente, “vinculando... los servicios de planificación familiar a un programa complementario de nutrición, concentrándose en madres que habían tenido su parto recientemente, haciendo mayor uso de equipos móviles para la motivación y el servicio y ofreciendo mejor capacitación y supervisión” (Visaria y Jain, 1976, p. 34).

A través de los años, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y las agencias de ayuda danesa, japonesa y noruega donaron sumas más pequeñas para una variedad de actividades relativas a la planificación familiar. El efecto de todas esas inversiones fue proporcional al grado en el que los donantes entendieron los valores tradicionales y rasgos culturales de la población india.

Enseñanzas

India montó una campaña nacional masiva de control natal con insuficiente consideración de las enormes variaciones en los entornos sociales de las regiones del país. Aunque el gobierno fue lo bastante flexible para cambiar el enfoque basado en las clínicas con que comenzó a principios de los años cincuenta a un programa público de alcance basado en la salud a partir de los primeros años de la década de 1960, el modelo se aplicó, en su mayor parte, sobre una base uniforme. Rara vez se experimentó con varios enfoques adaptados a poblaciones específicas. Además, cientos de miles de trabajadores de planificación familiar fueron reclutados sin suficiente capacitación o supervisión. En las zonas rurales los trabajadores se enfrentaban a formidables obstáculos viajando a las aldeas a las que habían sido asignados y un trecho de 5 millas a pie no era raro. A muchos no se les pagaba durante largos períodos por las dificultades en llegar a ellos. Freedman (1987) contrastó en forma notable la experiencia india con los modelos más exitosos utilizados en la República de Corea, que presentaban experimentos a pequeña escala y adaptación de programas nacionales basados en enseñanzas. Con toda justicia, sin embargo, el tamaño y la complejidad social de India hicieron la tarea de planificación familiar mucho más formidable que en Asia suroriental.

Dos marcas distintivas del programa de India han venido bajo el escrutinio de la crítica. Una fue el uso de objetivos decretados centralmente y con límites de tiempo para la aceptación de cada método importante de control natal ofrecido por el gobierno y la aplicación de tales objetivos a los trabajadores de planificación familiar a través de la cadena de mando burocrática. La fijación de objetivos tenía varios problemas. Con frecuencia, los trabajadores locales de planificación familiar consideraban los objetivos completamente irrealistas y simplemente los ignoraron. Los objetivos se aplicaban con más facilidad a la esterilización, lo que llevaba a un enfoque en las parejas que deseaban finalizar sus embarazos, con menos efecto en la fecundidad general que los métodos de espaciamiento utilizados por parejas más jóvenes a la altura de sus años reproductivos. Como la mayoría de agencias internacionales de ayuda cambió posteriormente de apoyar programas nacionales dirigidos demográficamente para frenar el crecimiento de la población, a un enfoque en la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres individuales y sus familias, el modelo indio de los años sesenta y setenta ha sido el ejemplo de lo que no funcionó en los programas nacionales de planificación familiar.

La segunda marca distintiva fue el uso de grandes incentivos monetarios o en especie para promover la esterilización. Junto con la fijación de objetivos, el primer programa indio ha sido criticado en algunas oficinas como por lo menos cuasi coercitivo, siendo, por un tiempo, abiertamente coercitivo durante la “emergencia” de 1975-77. Es justo decir que aspectos coercitivos del programa indio (junto a los de China e Indonesia) han dado pie a las agencias donantes para abandonar sus esfuerzos de reducir el crecimiento de la población, aun en el África subsahariana, partes del Medio Oriente y Asia meridional, donde la presión de la población todavía tiene un efecto profundamente negativo en el bienestar humano.

Por último, el personal extranjero de asistencia técnica, en particular el estadounidense, tuvo un papel importante en la formación del emergente programa de planificación familiar de India, muchos con insuficiente comprensión y apreciación de las condiciones locales. Varios de estos individuos hicieron contribuciones de importancia crucial; otros fueron redundantes al madurar el programa. Además, los expertos extranjeros tendían a adelantarse al programa y se los percibía como dueños de las iniciativas a las que pretendían ayudar. En consecuencia, el país anfitrión fue renuente a adoptar tales iniciativas.

Parcialmente como resultado de esta experiencia, la Fundación Ford abruptamente alteró su enfoque a las operaciones en el mundo en desarrollo. Harry Wilhelm, el sucesor de Ensminger como representante de la fundación en India en 1970, cambió el curso de apoyo directo a operaciones de planificación familiar a donaciones a instituciones indias ocupadas en la investigación y capacitación. Con Ensminger, un

80% de los fondos de la Fundación Ford de apoyo a la planificación familiar fue para personal estadounidense de asistencia técnica y el restante 20% a instituciones indias. Wilhelm invirtió las proporciones y su modelo tipifica ya la práctica de la Fundación Ford en toda su ayuda exterior para el desarrollo.

En los años ochenta, fue posible encontrar ejemplos de programas exitosos aunque una mayoría de la población vivía todavía en aldeas ligadas a la tradición. Un ejemplo fue el Proyecto para Acción Comunitaria en Planificación Familiar, que cubrió más de 154 aldeas en el estado de Karnataka. Ya desde mediados de la década de 1980, más del 43% de las parejas usaba planificación familiar en la zona del proyecto, 14 puntos porcentuales completos más que el promedio del Estado. Este logro se atribuyó a la significativa mejora del proyecto de la condición de la mujer, incluyéndola y facultándola para ocasionar el cambio en su comunidad. Esto es particularmente notable considerando cómo la profundamente arraigada condición inferior de la mujer niega los intentos oficiales por reducir su fecundidad.

A pesar de sus debilidades, la iniciativa india de planificación familiar de los años sesenta y setenta obtuvo logros significativos. Contó con apoyo de los más altos niveles de gobierno, ilustrando la importancia de la voluntad política para adelantar una empresa nacional. Demasiados intentos de planificación familiar en otros países han carecido de esa voluntad. En los estados indios clasificados como altos en cuanto a su entorno social, la aceptación de los métodos modernos de anticoncepción fue sustancial.

Referencias

- Bhatia, Dipak. 1969. "India: A Gigantic Task." En *Family Planning Programs: An International Survey*, ed. B. Berelson, 73–88. Nueva York: Basic Books.
- Baumgartner, Leona y Frank W. Notestein. 1955. *Suggestions for a Practical Program of Family Planning and Child Care*. Population Council Report, Nueva York.
- Caldwell, John y Pat Caldwell. 1986. *Limiting Population Growth and the Ford Foundation Contribution*. Londres: Frances Pinter.
- Ensminger, Douglas. 1971. "The Ford Foundation's Relations with the Planning Commission." Historia verbal. Ford Foundation Archives, Nueva York.
- Freedman, Ronald. 1987. "The Contribution of Social Science Research to Population Policy and Family Planning Program Effectiveness." *Studies in Family Planning* 18 (2): 57–82.
- Freedman, Ronald y Bernard Berelson. 1976. "The Record of Family Planning Programs." *Studies in Family Planning* 7 (1): 1–40.

- Gwatkin, Davidson R. 1979. "Political Will and Family Planning: The Implications of India's Emergency Experience." *Population and Development Review* 5 (2): 32, 44–45.
- Harkavy, Oscar. 1995. "India Faces Its Population Problems." En *Curbing Population Growth: An Insider's Perspective on the Population Movement*, 129–61. Nueva York: Plenum Press.
- McCarthy, Kathleen D. 1985. *The Ford Foundation's Population Programs in India, Pakistan and Bangladesh, 1959–1981*. Archive Report 011011. Nueva York: Ford Foundation.
- Minkler, Meredith. 1975. "Role Conflict and Role Shock: American and Indian Perspectives on the Role of U.S. Family Planning Advisors in India." Ponencia doctoral inédita, University of California (Berkeley).
- Narain, Govind. 1968. "India: The Family Planning Program since 1965." *Studies in Family Planning* 1 (35): 1, 5, 7–9.
- Raina, B. L. 1966. "India." En *Family Planning and Population Programs*, ed. Bernard Berelson, Richmond K. Anderson, Oscar Harkavy, John Maier, W. Parker Mauldin y Sheldon Segal, 111–42. Chicago: University of Chicago Press.
- . 1988. "A Quest for a Small Family." Manuscrito inédito.
- Ross, John y W. Parker Mauldin, eds. 1988. *Berelson on Population*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Roy, Krishna. 1993. "Critical Links: Women, Population, Environment, and Sustainable Development." En *Proceedings of the Inter-Regional Workshop on the Role of Women in Environmentally Sound and Sustainable Development*, 83–93. Nueva York: United Nations Institute for Training and Research on Women.
- Srinivasan, K. 1995. *Regulating Reproduction in India's Population: Efforts, Results and Recommendations*. Nueva Delhi: Sage.
- . 2006. "Population and Family Planning Programmes in India: A Review and Recommendations." Conferencia en la Fifth Dr. C. Chandrasekaran Memorial Lecture Series, febrero 3, Indian Institute of Population Studies, Deonar, Mumbai.
- Visaria, Pravin y Anrudh K. Jain. 1976. *India*. Country Profiles Series. Nueva York: Population Council.
- Wattal, Pyare Kishan. 1916. *The Population Problem in India: A Census Study*. Bombay: Bennett, Coleman and Company.

19

Programas y políticas de planificación familiar en Bangladesh y Pakistán

Warren C. Robinson *

Bangladesh y Pakistán empezaron su existencia nacional en 1947 como dos *alas* del mismo país –Pakistán oriental y occidental– cuando la unión de ambos, antes de su división de la India británica, alcanzó la independencia. Las dos alas heredaron una estructura administrativa y de gobernabilidad del período colonial, pero rápidamente desarrollaron sus propios sistemas políticos y económicos y empezaron a formar sus propios planes y programas de desarrollo. Las dos alas estaban ligadas por su religión común, el islam, pero diferencias de idioma y culturales crearon tensiones internas desde un principio. No obstante, Pakistán oriental y occidental compartieron un desarrollo social y económico común hasta 1970, cuando una disputa política explotó en guerra civil, llevando a la intervención de India y a la creación del nuevo estado de Bangladesh en 1971.

Pakistán (ambas alas) era un país pobre, en su mayoría rural y agrícola, con bajos niveles de ingreso per cápita, pobre infraestructura social y virtualmente ninguna capacidad industrial. Lahore, en Pakistán occidental, era el centro cultural del Punjab en India antes de la partición, pero la mayor parte de su región de apoyo estaba ahora en India. Pakistán oriental quedó sin su capital geográfica, Calcuta, que ahora pertenece a India. Ambas alas están en la periferia del subcontinente indio y funcionaban como zonas fronterizas, proveyendo de materias primas a las instituciones económicas del centro y norte de India, y a su vez utilizando estas para obtener la mayor parte de los bienes producidos y los servicios técnicos. Esta marginalidad económica se reflejó en las características sociales y demográficas de Pakistán: en 1947, el país tenía en promedio niveles de alfabetización inferiores a los de India, niveles superiores de mortalidad y fecundidad, y niveles inferiores de práctica de anticoncepción.

* En este capítulo utiliza en buena parte un tratamiento algo más detallado del mismo tema publicado en Sathar y Phillips (2001) por el autor.

La planeación económica formal se inició en Pakistán en 1955 con el primer Plan Quinquenal (1955-59). En el segundo (1960-64) se argumentó que la rápida tasa de crecimiento de la población que predominaba planteaba una amenaza al futuro económico de la nación y asignaba una modesta suma para intervenciones de políticas y programas a través del Ministerio de Salud. En ese tiempo, Pakistán recibía asistencia técnica sustancial de la Fundación Ford, el Servicio de Asesoría de Desarrollo de Harvard y otros grupos de donantes internacionales, y en dichos grupos aumentaban la conciencia y la preocupación sobre la explosión de la población. El Population Council, otro grupo internacional, había iniciado por ese tiempo investigación demográfica, en particular sobre fecundidad y crecimiento.

En el tercer Plan Quinquenal (1965-69) la política de población ya era un objetivo importante y un programa prioritario, y el presidente Mohammed Ayub Khan era un firme partidario de limitar la población. En ambas alas se desarrolló un plan operativo detallado, se asignaron administradores de primera clase del servicio civil a la tarea y el programa empezó a toda marcha. Grupos de donantes, incluyendo ya a la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional (Usaid) pronto estuvieron profundamente implicados en los aspectos financieros y técnicos del programa, pero su dirección fue distintivamente pakistaní. El director del programa, Enver Adil, acostumbraba decir que recibía órdenes sólo del presidente y la mayoría de quienes lo conocían le creían. Ciertamente no recibía órdenes de los donantes.

Los grupos musulmanes conservadores tenían problema con la noción de planificación familiar y aunque eso nunca parece haber obstaculizado seriamente ninguna de las actividades del programa, era un factor constante de antecedente que probablemente influyó en algunas decisiones sobre políticas. Tal sentimiento en contra del programa fue posiblemente mayor en Pakistán occidental que oriental, pero el tema no fue parte de las pugnas continuas que llevaron al rompimiento entre las dos alas en 1971.

Las dos alas tuvieron así una política de población y una estructura de programa común en los cruciales años iniciales desde 1965 hasta 1970. Surgieron diferencias en la práctica, pero el enfoque seguido fue, generalmente hablando, el mismo y también lo fue la experiencia resultante de esos intentos. Sin embargo, ninguna de las dos alas tenía mucho que mostrar por sus esfuerzos al terminar el período del plan. La práctica anti-conceptiva no había aumentado apreciablemente y la fecundidad no había disminuido. La creación de Bangladesh no modificó el cuadro, pues la planificación familiar continuó siendo una política y programa en ambos países, pero el programa languideció. Ambos países parecían ofrecer excelentes casos de estudio de por qué los programas de planificación familiar en los países en desarrollo pobres eran una idea sin esperanza o insensata.

En su disposición de explicar este fracaso, la mayoría de los comentaristas omitió notar que a mediados de los años ochenta la situación estaba cambiando y Bangladesh

y Pakistán habían empezado a seguir rutas demográficas muy divergentes. En Bangladesh aumentó la prevalencia de uso de anticonceptivos y se redujo la fecundidad, lenta pero continuamente, mientras en Pakistán la prevalencia de uso de anticonceptivos permaneció estática en niveles bajos y la fecundidad en realidad parecía aumentar. El recuadro 19.1 presenta una cronología de los eventos principales relativos a la planificación familiar en los dos países.

Recuadro 19.1 Cronología del desarrollo de políticas y programas en Bangladesh y Pakistán

- 1947: Pakistán se independiza, con “dos alas”: Pakistán oriental y Pakistán occidental, separadas por India.
- 1960: Con el segundo Plan Quinquenal (1960-64) se crea un programa de planificación familiar. La Fundación Ford, el Population Council y la Agencia Sueca de Cooperación y Desarrollo Internacional inician proyectos de asistencia técnica y demostración.
- 1965: Con el tercer Plan Quinquenal (1965-69) se crea la Junta Nacional de Planificación Familiar. Enver Adil es nombrado comisionado para planificación familiar. El programa disfruta de fuerte apoyo político y se hace nacional en el término de un año.
- 1968-69: La primera encuesta nacional, una encuesta de impacto, revela una falta de logros del programa. Se reemplaza a Adil en la dirección del programa.
- 1970: Se lanza el plan de motivación continua. Se debilita el apoyo político para el programa.
- 1971: Estalla la guerra civil en Pakistán oriental por disputas sobre elecciones, interviene India y nace Bangladesh.
- 1973-75: Se lanza en Pakistán el plan de inundación de entrega de anticonceptivos dirigido por la Usaid como apoyo al plan de motivación continua. Bangladesh reorganiza su programa de planificación familiar bajo el Ministerio de Salud y Planificación Familiar con un fuerte apoyo político.
- 1975: La encuesta de fecundidad de Pakistán muestra un ligero aumento en fecundidad. En Bangladesh, las organizaciones no gubernamentales asumen la dirección para elevar la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos y las encuestas muestran una reducción en la fecundidad.
- 1978-2000: El programa de Pakistán experimenta varias reorganizaciones, se vincula a un plan de mercadeo social (1986), obtiene brevemente condición ministerial (1990) e instaura una mejor base de datos para la evaluación por medio de numerosas encuestas. La tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos aumenta y cae la fecundidad.

Pakistán

En el período inmediatamente siguiente a la independencia de Pakistán, casi todas las actividades y agencias importantes del gobierno surgieron en el ala occidental, que giraba alrededor de Karachi. Se eludió deliberadamente a Lahore, una ciudad más grande y cosmopolita, como capital por temor de que el elemento Punjab en el liderazgo político y económico dominara el país. Karachi había sido un puerto relativamente menor en la India británica, pero ahora era la capital.

Programa y política, 1965-69

El gobierno pakistaní lanzó el programa de planificación familiar en 1965, una época de fuerte compromiso con la planeación del desarrollo por parte de los gobiernos de países en desarrollo, apoyo generoso de donantes internacionales y privados para esos esfuerzos y entusiasmo y optimismo ilimitados para las tareas que debían realizarse. Sólo unos pocos disidentes cuestionaron si un plan de desarrollo basado en un modelo macroeconómico representando un manojito de proyectos era el enfoque correcto para transformar una economía tradicional en estancamiento tal como la de Pakistán (Lewis, 1969). Ansley Coale y Edgar Hoover habían mostrado cómo el factor de población podía formar parte de tal planeación y su modelo se aplicó a Pakistán (Hoover y Perlman, 1967).

Así, la iniciativa del programa de planificación familiar contaba con apoyo político y administrativo del más alto nivel; se basó en la mejor asesoría técnica disponible y fue motivado por la creencia de que el rápido crecimiento de la población de un país planteaba una amenaza seria para su futuro. Esto representaba una sabiduría convencional que no se cuestionaba seriamente en ninguna parte. La planificación familiar ciertamente era una iniciativa nueva y un poco arriesgada, pero los donantes y el gobierno la veían como un programa vital, que valía la pena ensayar. Otras intervenciones a gran escala en el campo de la salud habían funcionado, como la erradicación de la malaria y la viruela, así que, ¿por qué no la planificación familiar? La opinión era que la planificación familiar requería un plan responsable, una dirección fuerte y recursos adecuados.

Recordemos lo que significaba la planificación familiar en 1965. Los nuevos desarrollos importantes en la tecnología de los anticonceptivos –la píldora y el dispositivo intrauterino (DIU)– eran nuevos y más que menos un poco controvertidos. Se hablaba mucho en ese tiempo sobre el enfoque estilo cafetería hacia la planificación familiar, queriendo decir que el cliente podría elegir entre varios métodos de control natal y se listaban cinco métodos disponibles oficialmente: la anticoncepción

quirúrgica (o esterilización), femenina y masculina; el DIU; la píldora; los métodos de barrera y espermicidas femeninos, y el preservativo. Los dos primeros eran considerados en Pakistán y otras partes como métodos clínicos que requerían un entorno médico apropiado para su correcto uso y su disponibilidad se limitaba generalmente a las clínicas en las zonas urbanas. Además, el DIU era todavía un método relativamente nuevo, y en 1965 la opinión médica responsable de Pakistán y otras partes se oponía a utilizar paramédicos y trabajadores de campo para su inserción, aun cuando estuvieran disponibles. La píldora era todavía de primera generación y muy comunes los efectos colaterales. No se habían desarrollado las variedades de mini-dosis y muchas personas capacitadas del campo médico tenían muchas sospechas de esta intervención hormonal poderosa y nueva. Los métodos tradicionales de barrera habían demostrado ser difíciles para las aldeanas, que carecían de privacidad y un conocimiento sólido de su propia anatomía para usarlos efectivamente y de ahí que nunca fueran populares. Esta situación significaba que en 1965, el programa de Pakistán ofrecía en su mayoría el preservativo a las parejas rurales. Las parejas muy motivadas podían recibir DIU o píldoras, pero el seguimiento de las complicaciones o del reabastecimiento era poco confiable. La anticoncepción quirúrgica requería un esfuerzo aún mayor por parte del cliente e implicaba riesgos genuinos para la salud de muchas personas.

Las consideraciones anteriores significaban que era necesario crear una red de suministros. En 1965, la mayoría de los observadores externos estuvo de acuerdo en que existía una demanda latente de anticonceptivos. Los primeros ensayos de campo y proyectos de investigación de acción en Comilla, Pakistán oriental y Lulliani, Pakistán occidental, donde programas experimentales bien diseñados lograban niveles respetables de práctica de anticoncepción entre las campesinas, proporcionaron un apoyo modesto a esta afirmación. Se admitía que esta base de datos era escasa, pero era lo que había disponible. El año 1965 fue mucho antes de la revolución de las técnicas de recopilación de datos para encuestas, el procesamiento de datos y la publicación casi instantánea de resultados. La evaluación independiente de un programa requería un esfuerzo especial y tiempo y dinero considerables.

Rasgos principales del programa de 1965

El plan de planificación familiar bajo el tercer Plan Quinquenal requería la creación de una nueva entidad administrativa, el Consejo de Planificación Familiar y resumía un programa detallado por el cual se llegaría a 20 millones de parejas de 36 distritos de Pakistán occidental y 16 de Pakistán oriental, siendo el objetivo reducir la fecundidad en un 20% para 1970. El plan operó principalmente por medio de la estructura

de gobierno política y administrativa existente –provincias, distritos y *thanas* (*thalukhas*, en Pakistán oriental, siendo ambas el equivalente aproximado de un condado) y consejos de uniones de aldeas– ajuntando personal de planificación familiar en cada nivel o agregando la planificación familiar a las funciones del personal. El plan aspiraba a una cobertura nacional y, en su mayor parte, representó un esfuerzo de distribuir anticonceptivos convencionales a través de parteras de aldeas y otros agentes locales. Los clientes que deseaban métodos clínicos se remitían a las clínicas, la mayoría de las cuales estaban establecidas en hospitales urbanos y centros de salud rurales, pero el plan no fue orientado explícitamente a las clínicas. La supervisión diaria y el control eran descentralizados y las personas clave eran los funcionarios ejecutivos de los distritos y los supervisores de planificación familiar de los *thana*. La publicidad era una responsabilidad a nivel de provincia y sólo la evaluación, investigación y capacitación eran funciones del gobierno central (Robinson, 1966).

El cronograma del lanzamiento del plan fue extremadamente ambicioso, pero se cumplió. Miembros del personal expatriados del Population Council, la Fundación Ford, la Usaid, la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional (SIDA) y otros donantes hicieron gran parte de la primera capacitación de personal. Para 1966, el plan estaba en marcha, y aparentemente haciendo progreso real. El programa fue uno de los primeros intentos de primera generación de planificación familiar del gobierno, junto con los de Egipto, India, Taiwán (China) y uno o dos lugares más. Un flujo continuo de visitantes vino de otros países a ver lo que muchos llamaban un programa modelo. Se escribieron artículos explicando por qué Pakistán había tenido éxito en relación con la planificación familiar e India había fallado (Finkle, 1971). Se generó un volumen sustancial de investigación de buena calidad y Wishik desarrolló la famosa medida de “un parpeos de protección” como herramienta de evaluación para el programa pakistaní (Wishik y Chen, 1973). Pakistán demostró ser un terreno fértil para capacitación y sus “graduados” fueron el grupo base de numerosas organizaciones internacionales de planificación familiar.

Resultado del primer programa

Las estadísticas de servicio generadas por el programa indicaron que de hecho se estaba logrando el éxito; esto es, se distribuían los suministros y el volumen de un par de años de protección aumentaba en forma continua; sin embargo, no se iniciaron encuestas independientes de prevalencia de uso o de fecundidad para validar estos logros aparentes y lentamente crecieron la preocupación y la duda sobre los resultados reales. Finalmente, entre 1968 y 1969, el mismo programa auspició una encuesta nacional de impacto en ambas alas del país que mostró en forma concluyente que la

tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos era sólo de 6% de las mujeres casadas y que la fecundidad no había variado. La buena noticia fue que la mayoría de las mujeres había oído sobre la planificación familiar, conocía al menos un método y aprobaba la idea. La mala noticia fue que pocas usaban realmente algún método. La tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos (CPR) fue sólo ligeramente mayor en las zonas urbanas, lo que era aún más desalentador.

El programa pareció haber logrado un éxito ligeramente mayor en Pakistán oriental que en Pakistán occidental. En particular el uso de los métodos clínicos fue el doble y aunque el programa nunca hizo énfasis en la anticoncepción quirúrgica, probó ser un método más popular en Pakistán oriental que en Pakistán occidental.

En 1969, la dirección general del programa fue reemplazada y se realizó un examen profundo de la situación. La debacle de 1965-70 había desacreditado el programa efectivamente a ojos de los demás ministerios del gobierno y había desmoralizado al personal de planificación familiar y a muchos de los donantes. El nuevo secretario decidió en forma correcta que la utilización de parteras rurales como trabajadoras de campo de tiempo parcial no había funcionado bien y anunció un nuevo enfoque, el enfoque de motivación continua, por el cual equipos masculino-femeninos de tiempo completo (tanto graduados universitarios y típicamente parejas casadas según se esperaba) se asignarían en forma permanente a una zona dada y efectuarían rondas continuas de todos los clientes potenciales para motivarlos a usar la planificación familiar y ofrecer anticonceptivos. La mayoría de los demás aspectos del programa se dejó como estaba. Escasamente se había iniciado el programa cuando estalló la guerra civil en Pakistán oriental y después una guerra completa con India. Las hostilidades produjeron una suspensión casi total de todas las actividades del programa en ambas alas del país y, en 1971, las dos alas se convirtieron en países separados.

El programa después de 1972

A los eventos de 1971 y 1972 siguieron cambios políticos. Khan fue expulsado del poder en Pakistán y la nueva dirección fue indiferente al programa, pero la política de población continuó vigente, lo mismo que gran parte del plan de motivación continua.

La Usaid, en especial el dinámico Reimart T. Ravenhold, jefe de su Oficina de Población, no estuvo dispuesta a aceptar que el intento anterior había fallado realmente y en cambio argumentó que sencillamente no se le había impulsado bastante ni por suficiente tiempo. El resultado fue el plan de inundación destinado al fracaso. La lógica del enfoque de inundación era que el plan de 1965-70 simplemente no había hecho lo que se había dispuesto que hiciera: hacer que los anticonceptivos estuvieran disponibles en forma instantánea para todos los clientes potenciales en el país, y si esto pu-

diera hacerse, todavía podía lograrse el triunfo. Lo que se necesitaba eran más puntos de venta y más suministros, el plan sería expandido y el país se vería verdaderamente inundado de anticonceptivos. El fracaso de este obstinado retorno a una causa perdida es bien conocido. Se importaron y distribuyeron millones de preservativos y ciclos de píldoras, pero la prevalencia de uso real y la fecundidad permanecieron virtualmente estáticas. La encuesta de fecundidad de Pakistán de 1974-75, que formó parte de la encuesta mundial, mostró una tasa de fecundidad total de 7,0 nacimientos por mujer, ligeramente por encima del estimado de la encuesta de impacto de 1968-69. La CPR permaneció en menos de 10%, sólo con modestas diferencias entre provincias y entre zonas rurales y urbanas (Robinson, 1978).

El plan pasó brevemente del Directorado de Planificación Familiar al control del Ministerio de Salud en 1978 y después nuevamente al Ministerio de Planeación y Desarrollo en 1981, donde formó parte de la División de Bienestar de la Población y surgió una nueva estrategia. La recién creada División de Bienestar de la Población fue encargada de operar una red de centros de bienestar familiar de propósito múltiple que sería responsable de la motivación de planificación familiar y de distribuir los anticonceptivos, pero también participaría en salud materno-infantil, educación sobre nutrición, capacitación para empleos femeninos y otras “buenas obras”. El Ministerio de Salud siguió siendo responsable de los métodos clínicos de anticoncepción, ya que la mayoría de las clínicas se situaban alrededor de los hospitales y centros de salud urbanos. Esta nueva estrategia y marco de referencia siguieron las recomendaciones de un grupo de trabajo de unas dos docenas de expertos destacados de dentro y fuera del país. El plan, conocido esperanzadamente como “un nuevo comienzo” recalco que los enfoques holísticos y multisectoriales debían emprenderse “pacientemente” y en formas “coherentes con los marcos de referencia socioculturales e ideológicos existentes”. Este nuevo enfoque parece haber reflejado el paradigma de población y desarrollo entonces popular en los círculos de los donantes internacionales. El nuevo comienzo también dio un reconocimiento formal algo mayor al papel de las organizaciones no gubernamentales (ONG) creando un comité coordinador de ONG en 1985, y al sector privado creando un programa de mercadeo social de anticonceptivos para subsidiar las ventas del sector privado en 1986 (Robinson, 1987).

La División de Bienestar Familiar recibió *status* ministerial independiente en 1990, pero éste y otros cambios organizativos en los años ochenta y noventa no hicieron cambios fundamentales al enfoque o la estructura del programa. El número de centros de bienestar familiar aumentó con el tiempo y también el número de trabajadores basados en ellos. El programa de mercadeo social de anticonceptivos finalmente empezó a tener un papel principal y las relaciones entre el gobierno y las ONG parecen haber mejorado. Sin embargo, recientemente, la politización de algunas

ONG basadas en el islam ha creado nuevos problemas sobre el trabajo con ellas. El programa revirtió a un perfil más bajo y está a la defensiva de críticas conservadoras debido a las tensiones religiosas que han venido en aumento.

El apoyo político para el programa se ha intensificado y marchitado desde 1972, oscilando entre la frialdad distintiva durante el régimen del general Muahmmad Zia-ul-Haq (1977-88), el cálido apoyo de Nawaz Sharif (1991-92) y la ambivalencia de Benazir Bhutto (1988-91, 1993-96). El apoyo financiero y técnico de donantes extranjeros, que tuvo un papel tan importante en los 10 primeros años del programa, continuó, pero en escala muy reducida. La asistencia de la Usaid, en particular, menguó y fluyó, impulsada por los grandes eventos políticos, como la invasión soviética de Afganistán, el asunto de la posesión pakistani de armas nucleares y las relaciones con India (Conly y Rosen, 1996) y, más recientemente, los eventos siguientes a los ataques terroristas a Estados Unidos el 11 de septiembre de 2001 y la intervención de EE.UU. en Afganistán e Irak.

El papel de los donantes extranjeros

El de Pakistán fue uno de los primeros programas nacionales a gran escala, que surgió bastante antes de la creación del Fondo de Población de las Naciones Unidas y la participación del Banco Mundial y otros grupos donantes multilaterales importantes en la planificación familiar. La Usaid participó en forma muy intensa y en realidad se sobrepasó un poco de su propia autorización legal. La asistencia técnica y financiera suministrada por el programa de planificación familiar a principios de los años sesenta se hizo bajo la rúbrica de la salud, ya que la Oficina de Población de la Usaid no se organizó hasta 1967. La Usaid rápidamente entró a tener un papel importante en Pakistán y en la mayor parte lo ha seguido teniendo desde entonces. Otros grupos importantes de los primeros años fueron la Fundación Ford, el Population Council y la SIDA de Suecia.

Pakistán y la Usaid disfrutaron una relación estrecha por muchas décadas, en especial sobre planificación familiar. La Usaid cubrió casi todos los costos no locales (y algunos locales también) de los dos primeros programas y mantuvo una planta numerosa de personal asesor. No es exagerado decir que Pakistán sirvió de campo de entrenamiento para las actividades posteriores de la Usaid en otros países. Similarmente, el enfoque programático seguido en Pakistán se convirtió, por omisión, en el modelo para otros países. De hecho, la Usaid parece haber adoptado e institucionalizado varios elementos importantes de su experiencia en Pakistán.

Primero, terminó siguiendo en forma rutinaria un enfoque orientado por la oferta. Esto se ilustra con el plan de la inundación (Donaldson, 1990), el esfuerzo deter-

minado en los años setenta por lograr el éxito del plan de motivación continúa. En retrospectiva, eso puede verse simplemente como una aberración obstinada, un error de la alta dirección de la Usaid cometido tenazmente por un personal de campo leal, pero ésta sería una interpretación incorrecta. El plan de la inundación fue el mejor y más puro ejemplo de la filosofía y estrategia subyacentes de la Usaid para lograr el control de la población. En una declaración notablemente clara, Ravenholt (1969, p. 124) escribió: “El elemento principal inicial en cualquier programa de planeación y control de la población debería ser la extensión de la información sobre planificación familiar y de los medios a todos los elementos de la población”. La necesidad de control de la fecundidad era obvia para los administradores del programa, por lo que pensaron que debía ser igualmente obvia para los clientes potenciales. En las dos a tres décadas siguientes, este supuesto no expresado orientó gran parte de la programación de la Usaid (Ravenholt, 1969b).

Segundo, la Usaid adoptó una preferencia por los programas y proyectos nacionales, o al menos de muy gran escala. Algo de eso era sencillamente pragmático: gastar pequeñas sumas de dinero puede ser algunas veces tan difícil como gastar grandes sumas y la Usaid usualmente gastaba grandes sumas. Al mismo tiempo, manejar y supervisar muchos proyectos pequeños es mucho más difícil y consume más tiempo que vigilar unos cuantos grandes. Aunque conveniente, el enfoque de gran escala no siempre es productivo, ya que la limitada capacidad de absorción con mucha frecuencia hace que los esfuerzos de gran escala de los donantes se autoderroten. La preferencia por el modelo de inundación para iniciativas de gran escala sin duda informó y contribuyó a desencaminar la estrategia de población de la Usaid hasta el final de la estrategia para países grandes de los años noventa.

Tercero, la Usaid aprendió también a tratar con poblaciones separadas y organizaciones de planificación familiar apartadas de las estructuras administrativas tradicionales. Favoreció las nuevas estructuras que podía orientar aun si eso significaba eludir las estructuras útiles existentes y crear superposiciones. La presión de Washington a las misiones por resultados fue un factor constante y una agencia nueva o consejo interministerial le daba a la Usaid algo que mostrar por sus esfuerzos.

Por último, el programa de Pakistán nunca vio la importancia del sector privado –ni de las ONG ni del sector privado comercial– y en la mayor parte de su historia los esfuerzos de población de la Usaid han tomado la misma ruta, y usualmente Usaid no trabaja por fuera de agencias oficiales. Algunas veces esto fue por solicitud del gobierno del país anfitrión, pero en otros casos los auditores de la Usaid insistieron en tratar sólo con grupos que pudieran satisfacer procedimientos de informes financieros engorrosos que estaban más allá de la capacidad de muchas ONG locales. Con toda justicia, debería anotarse que las misiones de la Usaid en algunos países encon-

traron formas innovadoras de financiar a ONG locales con algún éxito. De hecho, Bangladesh fue una de tales excepciones.

Cuando la Usaid incorporó la comunidad internacional de ONG y organizaciones privadas voluntarias a sus operaciones, fue como contratistas administradores de proyectos en curso de la Usaid y siguiendo estrictas reglas que a menudo negaban lo que deberían haber sido las ventajas de su condición no gubernamental. En forma semejante, por muchos años los esfuerzos de la Usaid en el sector comercial privado ignoraron los mercados y proveedores existentes a favor de planes de mercadeo social recién creados y subsidiados para distribuir los productos o iniciar la provisión de educación y servicios en el lugar de trabajo.

En resumen, la Usaid tuvo un efecto poderoso en los primeros intentos de Pakistán de planificación familiar, pero la experiencia compartida tuvo probablemente un efecto aún más profundo en la estrategia de población y programación de la Usaid en las décadas siguientes.

La Fundación Ford, el Population Council y la SIDA proporcionaron asistencia técnica, capacitación, investigación y apoyo para la formación de instituciones en forma importante, trabajando directamente con el gobierno durante los años sesenta. La Fundación Ford tuvo un papel más importante en los programas y la prestación de servicios de asistencia técnica y asesoría, mientras el Population Council se concentró más en la formación de bases de datos estadísticas de demografía y la creación de capacidad de investigación local para explotar tales datos. Ambas utilizaron mecanismos de capacitación a corto y largo plazo y facilitaron el flujo de investigación del programa en los círculos académicos internacionales. La SIDA (y algunos otros donantes) siguieron el liderazgo de la Fundación Ford y el Population Council, quizás con un esfuerzo más deliberado de combinar los servicios programáticos con investigación y capacitación. La cooperación entre estos donantes fue buena y todos estuvieron a favor de crear pequeños proyectos de demostración en los cuales podían ensayarse enfoques de prestación de servicios, evaluarse y reportar sobre ellos. Los proyectos de investigación de acción en Comilla en Pakistán oriental y en Lulliani en Pakistán occidental fueron los mejores, pero no los únicos, ejemplos de este enfoque.

El uso de proyectos de investigación a pequeña escala, conducentes a aplicaciones de programas nacionales (Notestein, 1968) se convirtió en un modelo estándar para el Population Council por muchos años y hasta cierto punto todavía se usa hoy. La Fundación Ford tomó después un camino distinto. Tras una década de experiencias en Pakistán (y en India; *ver* el capítulo 18), redujo su interés en la investigación de campo directa y la participación en programas y pasó a darle mayor importancia a la capacitación a largo plazo, la formación de instituciones y el trabajo con grupos no gubernamentales a pequeña escala (Harkavi, Saunders y Southam, 1968). La SIDA

abandonó su apoyo a los programas de planificación familiar para trabajar en el empoderamiento de la mujer (educación, empleo y cooperativas) y otros tipos de intervenciones. Presumiblemente, la experiencia de Pakistán demostró a estos donantes que, en un país carente de los grandes recursos necesarios para apoyar programas nacionales, su ventaja comparativa está en la capacitación e investigación dirigidas y en el desarrollo del sector privado. Pakistán fue una experiencia de aprendizaje para todos los interesados.

Perspectivas actuales y futuras

Se han realizado numerosas encuestas nacionales sobre prevalencia de uso de anticonceptivos y sobre fecundidad en Pakistán en los últimos 30 años, incluidas las de 1968-69, 1975, 1979, 1984-85, 1990-91, 1994-95, 2001 y 2003. Estas encuestas no indicaron un cambio apreciable en la CPR a través de los años ochenta: sin embargo, finalmente ocurrió un acontecimiento y en 1995 la encuesta reveló una CPR de 24%, más del doble de la tasa de 1990. La encuesta más reciente (en 2003) reveló que la CPR era 32%, que el 80% de los encuestados conocía varios métodos anticonceptivos modernos y que la necesidad no satisfecha representaba el 33% de los encuestados.

Otro signo alentador de los datos de 2003 es que se han desarrollado diferencias claras entre las regiones y los estratos socioeconómicos de la población. En las mayores ciudades la CPR es de 36% y la CPR urbana general es 32%. En Punjab, la más avanzada económica y socialmente de las cuatro provincias de Pakistán, la CPR es de 20%, comparada con 15% para la frontera noroccidental y Sindh, y 4% para Balochistán. Los encuestados con un nivel educativo de secundaria o mayor presentan una CPR de 40% y hasta los asistentes a primaria presentaron una CPR de 26%, superior al promedio nacional (Ministerio de Bienestar de la Población, 1996). Así, la anticoncepción parece estar empezando a afirmarse, como lo indica la reducción de la fecundidad: el estimado más reciente de la tasa de fecundidad está por debajo de 5,0 nacimientos por mujer. Al fin parece que Pakistán está doblando la esquina (Conly y Rosen, 1996; Sathar, 1993; Sathar y Casterline, 1998; Banco Mundial, 1994).

Bangladesh

La guerra por su independencia le costó a Bangladesh mucho en términos de vidas humanas e infraestructura física. Como lo han anotado Cleland y otros (1994, p. 107), “La devastación de la guerra debilitó en forma especial la salud y los sectores del gobierno de los servicios sociales. La burocracia colapsó, las universidades e institutos de capacitación fueron diezmados y muchas de las instalaciones de salud

requeridas fueron destruidas. La comunicación básica se desestabilizó, poniendo aún más bajo presión la capacidad de organizar un gobierno eficaz... (y) los mecanismos para coordinar labores complejas en la periferia, donde los servicios de planificación familiar habrían tenido efecto, simplemente no existían”.

El primer presidente de Bangladesh, Sheik Mujib Rahman Khan (1971-75), se mostró ambivalente hacia la planificación familiar, pero sus sucesores, el general Ziaur Rahman (1975-81) y el general H. M. Ershad (1982-90), fueron partidarios entusiastas. El primer Plan Quinquenal de la nueva nación dio alta prioridad a la población y el gobierno se movió con rapidez para reemplazar el personal que se había perdido y reconstruir su organización y sus instalaciones. El programa reconstituido se colocó bajo el apoyo del Ministerio de Salud y Planificación Familiar, eliminando con eso el anterior marco de referencia separado del Consejo de Planificación Familiar. El plan esbozó también un ambicioso enfoque multisectorial que asignaba funciones y responsabilidades de planificación familiar a ocho ministerios distintos. Para 1975, el programa ya estaba en marcha nuevamente.

Por un tiempo, el programa de Bangladesh pareció seguir un curso similar al de Pakistán y, entre 1975 y 1985, el progreso fue, cuando mucho, lento. La existencia de estructuras superpuestas y paralelas vinculadas a la planificación familiar en varios ministerios condujo a una pugna interior sobre los presupuestos. La burocracia de la salud pareció estar particularmente resistente a los nuevos métodos y estructuras de campo propuestos por los donantes y ya en uso por parte de las ONG. Continuó con los viejos procedimientos y reglas operativas fijados en 1965 sin cuestionar su utilidad en los años ochenta. No obstante, ocurrieron aumentos modestos en la CPR, de 8% en 1975, a 13% en 1979, a 18% en 1981 y a 19% en 1983 (Cleland y otros, 1994). (Bangladesh ha tenido una serie muy confiable de fecundidad y prevalencia de uso de anticonceptivos que cubrió los años ochenta y noventa).

Curiosamente, cuando empezó a ser claro el éxito de Bangladesh, el programa sufrió ataques sarcásticos de varios frentes. Algunos críticos alegaban que la planificación familiar era un plan coercitivo impuesto a los campesinos desprotegidos de Bangladesh por los forasteros, esto es, los extranjeros (Warwick, 1982) y basado en el uso continuo de pagos de incentivos, mencionados como sobornos por los críticos y sobre el importante papel de la anticoncepción quirúrgica, mencionada como castración por los críticos. Además, para el movimiento internacional femenino militante, el programa de planificación familiar dominado por los hombres en Bangladesh era un objetivo provocativo (Hartmann y Standing, 1985), lo mismo que los grupos religiosos igualmente militantes opuestos a cualquier clase de limitación de la natalidad (O'Reilly, 1985). Durante un tiempo a principios de los años ochenta el programa estuvo muy a la defensiva, en particular en los círculos de los donantes internacionales.

Al mismo tiempo, varios elementos positivos importantes ayudaron gradualmente a fortalecer el programa y apuntarlo en la dirección correcta. Bastante antes de la independencia, en Daca existía un centro importante de investigación epidemiológica llamado entonces el Pakistan-Southeast Asia Treaty Organization Cholera Research Laboratory (Laboratorio de Investigación sobre el Cólera de Pakistán de la Organización del Tratado de Asia Suroriental). Este laboratorio operaba en una zona de vigilancia epidemiológica en el 'thana' de Matlab en la zona rural al sur de Daca donde se recopilaban estadísticas sobre nacimientos, muertes y morbilidad. Después de la independencia, el laboratorio se reconstituyó como el International Center for Diarrhoeal Disease Research (Centro Internacional de Investigación sobre Diarrea) y partir de 1975, utilizó la zona de ensayos y el personal de campo existentes para una serie de intervenciones y experimentos epidemiológicos diseñados cuidadosamente, incluida la planificación familiar. Con apoyo del Population Council y la Usaid, estos estudios generaron un enorme volumen de investigación de alta calidad, casi en su totalidad muy pertinente al mejoramiento del programa. Esta investigación mostró en forma concluyente que cuando se prestaban los servicios con una alta calidad, la prevalencia de uso de anticonceptivos en los entornos rurales aumentó en forma tajante y la fecundidad se redujo. De 1983 en adelante, este trabajo se extendió a varias otras zonas rurales de Bangladesh con el fin de comprobar si el mismo enfoque y procedimientos funcionaban al aplicarse a las instalaciones regulares del gobierno cuyo personal había sido recapacitado para prestar servicios de mayor calidad. (Esto constituyó el llamado Proyecto de Extensión, que continúa en forma distinta hoy). La respuesta a esta nueva pregunta hipotética fue un sí contundente. Al prestarse en la forma apropiada, pareció haber clientes para los servicios de planificación familiar en casi todo Bangladesh.

El segundo factor favorable, aunque exógeno, para el programa de Bangladesh fue la presencia de un gran número de ONG operando en las zonas rurales. Unas 7.000 organizaciones de ese tipo estaban registradas en el Ministerio de Bienestar Social y se ocupaban en todo tipo de actividades desde el mejoramiento agrícola hasta la educación y el empleo para la mujer. Unas 400 participaban en actividades de planificación familiar y salud materno-infantil, usualmente con vínculos y apoyo de organizaciones donantes internacionales como Pathfinder International, la Fundación Asia y la Fundación Ford. Otros grupos mayores de desarrollo rural, como el Comité para el Progreso Rural de Bangladesh y el Banco Graneen, incorporaron a través del tiempo planificación familiar y otros componentes de bienestar social en sus programas (Cleland y otros, 1994). La mayoría de estas ONG emprendieron actividades de planificación familiar en conjunto con programas dirigidos a empoderar a la mujer a través de la educación, el empleo y planes de generación de ingresos.

El resultado fue que para mediados de los años ochenta, estaba emergiendo una historia de éxito significativa y con evidencia creciente de planificación familiar no gubernamental en Bangladesh, que vino a representar hasta un cuarto de la CPR y fue muy efectiva en costos. Como ya se anotó, muchas de estas ONG aspiraban a mejorar la situación de la mujer en general y el éxito de estos otros programas interactuó en forma simbiótica con los esfuerzos de prestación de servicios anticonceptivos. A esto se agregó el programa en gran medida efectivo de mercadeo social para anticonceptivos, que distribuía preservativos y píldoras por medio de miles de puntos de venta del sector privado. Aunque aprobado por el gobierno, el programa de mercadeo social era completamente independiente en cuanto a sus operaciones y llegó a representar otra cuarta parte de la CPR total.

La reacción inicial de los funcionarios del Ministerio de Salud a estas historias de éxito no oficiales fue ignorarlas, y aun intentar desacreditarlas, pues su éxito representaba una crítica implícita del programa oficial. A mediados de los años ochenta, esta pugna detrás de cámaras llegó a un punto de crisis y el ministerio hizo una oferta de asumir todas las operaciones de las ONG y regularizarlas. Eso habría significado que todo el control presupuestal y administrativo habría caído en manos del ministerio y las ONG con fuerte apoyo de los donantes se resistieron a ese intento. Los donantes, que costeaban una proporción abrumadora de todas las actividades de desarrollo en Bangladesh habían estado inconformes por un tiempo con el progreso del programa oficial. En un punto, el grupo consultor de los donantes, presidido por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, había incluso comisionado su propia revisión de la situación, que produjo un conjunto de propuestas de cambio arrolladoras, el llamado plan de donantes de 1983. Algunas de estas propuestas encaminaron el programa oficial a las direcciones que ya habían tomado las ONG.

La importancia creciente de los componentes no oficiales en la combinación total de programas significaba también que para finales de los años ochenta la CPR había empezado a aumentar en forma más pronunciada, llegando al 25% en 1986, al 30% en 1989 y al 40% en 1991, según indicaron en su mayoría las encuestas realizadas localmente. El éxito es difícil de combatir y los funcionarios del ministerio se percataron de que cooperar y basarse en los enfoques y estructuras que condujeron a tales resultados irrefutables iba en los mejores intereses de todos.

La fecundidad, claro, ha cambiado también en forma sustancial. Según una revisión definitiva reciente de los datos, “la reducción empezó probablemente a finales de los años setenta y aceleró a mediados de los ochenta... En 1975 la tasa de fecundidad total era de unos siete nacimientos por mujer. Para 1988 había caído a cinco, equivalente a una reducción del 30%... (y) en 1990 la fecundidad estaba casi con seguridad por debajo de los cinco nacimientos” (Cleland y otros, 1994, p. 131). En esa revisión

se anota también que la reducción de la fecundidad fue penetrante, afectando casi todos los estratos socioeconómicos y todas las regiones geográficas del país.

Enseñanzas que deben aprenderse

Los dos países siguieron caminos separados, pero pueden obtenerse enseñanzas de la experiencia de cada uno de ellos. Ambos terminaron con razonable éxito en relación con sus políticas y programas, pero el ala oriental lo hizo con mayor rapidez que el ala occidental.

Enseñanzas del fracaso de Pakistán

Las verdaderas enseñanzas pueden obtenerse del programa de Pakistán según se implementó en 1965 antes de la separación de Bangladesh. Éstas son como sigue:

- El programa fue excesivamente ambicioso. Poner a funcionar un nuevo programa en toda la nación constituyó una verdadera proeza, pero una pesadilla logística. Empezar con los distritos centrados alrededor de una gran localización urbana y luego moverse hacia fuera en fases para llegar a la mayoría de los distritos al finalizar cinco años pudo haber sido manejable, pero Adil rechazó el enfoque gradual como políticamente inaceptable.
- La decisión de hacer de la planificación familiar un programa administrativo nuevo operado desde el centro entró en conflicto con los programas de salud existentes, que se administraban en cada provincia. Esta decisión le dio a la planificación familiar una condición prioritaria, permitiéndole eludir la burocracia de salud existente, lo que fue comprensible en el contexto, pues en ese tiempo el Ministerio de Salud de Pakistán estaba lleno de antiguos médicos del ejército indio que escasamente creían en la salud pública, mucho menos en planificación familiar y eludirlos a ellos debió parecer más fácil que combatirlos. Sin embargo, significó que el programa fuera, desde un principio, explícita y deliberadamente, un empeño no relacionado con la salud. El programa se limitó mayoritariamente a métodos no clínicos puesto que tenía mínimo control sobre las facilidades que ofrecían estos servicios clínicos. La situación creó también una enemistad duradera entre los dos programas, haciendo más difícil agregar nuevos métodos cuando éstos se desarrollaban y satisfacer la demanda actual de los clientes, que fueron (y siguen siendo) principalmente para métodos de anticoncepción a largo plazo, si no terminales.

- El programa prestó atención inadecuada a la información, la educación y la comunicación. Aun en 1965, la radio era un medio importante de comunicación en Pakistán y la televisión apareció en escena antes del fin del primer Plan Quinquenal. Se concentró demasiada atención en folletos y afiches, que impresionaban a los visitantes, pero no tenían significado para las campesinas analfabetas. Esto siguió parcialmente a una decisión no expresada de que el programa debía mantener un perfil relativamente bajo.
- El programa prestó insuficiente atención a la evaluación y al control detallado de los resultados. La realimentación rápida, ahora posible con las técnicas de encuestas sobre salud demográfica obviamente no estuvo disponible, pero aun pudieron haberse realizado encuestas locales a pequeña escala para obtener una revisión de la realidad sobre estadísticas de servicios y sobre el optimismo de los asesores y funcionarios del programa. El Instituto Nacional de Investigación para Planificación Familiar, adjunto al secretariado central del programa, tuvo el propósito de llevar a cabo tales tareas, pero debido al débil liderazgo y a lo inadecuado del personal, nunca fue un recurso real. También se establecieron numerosos centros de capacitación e investigación a nivel provincial, pero éstos perdieron pronto también su ventaja. Irónicamente, un factor de contribución a la debilidad del personal fue un drenaje continuo de personal clave en puestos con agencias internacionales cuando estos grupos pasaron a la planificación familiar globalmente.
- El programa no utilizó el sector privado en ningún grado significativo. Muchos médicos privados no sabían nada del programa, y los que sabían algo se dieron cuenta de que no era un programa médico y de ahí que tuvieran profundas sospechas sobre él. Tampoco se conformó una asociación real con las ONG, ni se aprovechó su experiencia para las tácticas programáticas de éste. El gobierno tendió a pensar que sólo podía asumir los trabajos realmente grandes y que el sector privado simplemente se interpondría en el camino.
- El programa fue vinculado al aparato político de la gobernabilidad –consejos de sindicatos, distritos, etcétera– lo que significaba que se enfrentaba a la presión inevitable de satisfacer las demandas normales del patronazgo y los favores políticos. Además, identificar el programa con la estructura del poder político puede constituir un error en situaciones en las que la estructura del poder es sospechosa a los ojos de las masas. El apoyo político fuerte puede ser un arma de dos filos.

Enseñanzas del éxito de Bangladesh

Hasta principios de los años ochenta, los programas de ambos países parecían enlodados en el mismo pantano burocrático y administrativo, pero varios cambios estructurales parecen haber llevado a Bangladesh a su éxito temprano. Entre ellos están los siguientes:

- El programa fue un proyecto de salud y esto fue importante, ya que la burocracia de la salud no estuvo amenazada por éste, sino que lo aceptó como legítimo. Al crecer el sistema de salud, también lo hizo la red de planificación familiar y viceversa.
- El programa se debatió activamente y hubo disponibilidad de un cuerpo creciente de investigación local en cuanto a lo que funcionaba y lo que no funcionaba. Con el tiempo, eso produjo que el programa fuera menos una red de suministros monolítica y más un enfoque pragmático, centrado en programas y en solución de problemas. Las discusiones fueron públicas y llevaron a que la planificación familiar fuese aceptada más generalmente, aun en las zonas rurales.
- Las ONG crecieron y prosperaron y se convirtieron en la ventaja marginal para el mejoramiento del programa. El gobierno, si bien con renuencia, lo aceptó y también aceptó aprender de ellas.
- A la comunidad de donantes internacionales, tanto bilateral como multilateral, se le permitió tener un papel importante, ofreciendo asistencia técnica y apoyo financiero. Esto aportó otra fuerza para el cambio y la revisión crítica del programa.

Bangladesh se encuentra ahora con alguna incertidumbre sobre la terminación de su historia de éxito. Crece la preocupación en algunas partes de que la reducción de la fecundidad esté desacelerando y amenazando con estancarse bien por encima del nivel de reemplazo (Bongaarts, 2005). El conocimiento y la práctica de la anticoncepción se han difundido, pero aún no está claro si el tema es una preferencia obstinada por más de dos hijos por parte de muchas parejas o un problema de concordar la combinación disponible de métodos con los deseos de los consumidores.

Referencias

Banco Mundial. 1994. *Staff Appraisal Report, Islamic Republic of Pakistan, Social Action Program Project*. Report 12588-PAK. Washington, DC: South Asia Region, Country Department III, Population and Human Resources Division.

- Bongaarts, John. 2005. "Are Family Planning Programs Plateauing?" Documento de trabajo, Research Division, Population Council, Nueva York.
- Cleland, John, James F. Phillips, Sajeda Amin y G. M. Kamal. 1994. *The Determinants of Reproductive Change in Bangladesh: Success in a Challenging Environment*. Regional and Sector Studies. Washington, DC: Banco Mundial.
- Conly, Shanti R. y James E. Rosen. 1996. *Pakistan's Population Program: The Challenge Ahead*. Country Study Series 3. Washington, DC: Population Action International.
- Donaldson, Peter. 1990. *Nature against Us: The United States and the World Population Crisis*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Finkle, Jason. 1971. "Policies, Development Strategies and Family Planning Programmes in India and Pakistan." *Journal of Comparative Administration* 3: 135–52.
- Harkavy, Oscar, Lyle Saunders y Anna Southam. 1968. "An Overview of the Ford Foundation's Strategy for Population Work." *Demography* 5 (2): 541–52.
- Hartmann, Betsy y Hilary Standing. 1985. *Food, Saris, and Sterilization*. Londres: The Bangladesh Action Group.
- Hoover, Edgar M. y Mark Perlman. 1967. "Measuring the Effects of Population Control on Economic Development." *Pakistan Development Review* 6 (4): 541–66.
- Lewis, Stephen R., Jr. 1969. *Economic Policy and Industrial Growth in Pakistan*. Londres: George Allen and Unwin.
- Ministry of Population Welfare (con el Population Council). 1996. *Pakistan Contraceptive Prevalence Survey, 1994–95, Basic Findings*. Islamabad: Gobierno de Pakistán.
- Notestein, F. W. 1968. "The Population Council and the Demographic Crisis of the Less Developed World." *Demography* 5 (2): 553–60.
- O'Reilly, W. M. 1985. *The Deadly Neo-Colonialism*. Washington, DC: Human Life International.
- Ravenholt, R. H. 1969a. "AID's Family Planning Strategy." *Science* 163 (enero): 124–25.
- . 1969b. "The A.I.D. Population and Family Planning Program: Goals, Scope and Progress." *Demography* 3 (2): 561–73.
- Robinson, Warren C. 1966. "Family Planning in Pakistan's Third Five-Year Plan." *Pakistan Development Review* 6 (2): 255–81.
- . 1978. "Family Planning in Pakistan, 1955–1977: A Review." *Pakistan Development Review* 17 (2): 233–47.
- . 1987. "The 'New Beginning' in Pakistan's Family Planning Programme." *Pakistan Development Review* 26 (1): 107–18.
- . 2001. "Common Beginnings but Different Outcomes: The Family Planning Programmes of Pakistan and Bangladesh." En *Fertility Transitions in South Asia*, ed. Zeba Sathar and James Phillips, 347–63. Oxford, R.U.: Oxford University Press.

- Sathar, Zeba. 1993. "The Much Awaited Fertility Decline in Pakistan: Wishful Thinking or Reality?" *International Family Planning Perspectives* 19 (4): 142–46.
- Sathar, Zeba y John B. Casterline. 1998. "The Onset of Fertility Transition in Pakistan." *Population and Development Review* 24 (4): 773–96.
- Sathar, Zeba y James Phillips, eds. 2001. *Fertility Transition in South Asia*. Oxford: Oxford University Press.
- Warwick, Donald P. 1982. *Bitter Pills*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Wishik, Samuel y Kwan-Hwa Chen. 1973. *Couple-Years of Protection: A Measure of Family Planning Program Output*. Family Planning and Population Program Manuals 7. Nueva York: Columbia University, International Institute for the Study of Human Reproduction.

20

Primeros intentos de planificación familiar en Sri Lanka

*Nicholas H. Wright**

En Ceilán, en la misma forma que en occidente, los primeros intentos de planificación familiar emanaron del movimiento feminista, la preocupación por la salud infantil y también de la eugenesia.¹ En 1932, la doctora Mary Rutnam, preocupada por una ola de bebés desnutridos en el centro de alimentación láctea de la Liga de Servicio Social de Ceilán, abogó por la promoción del conocimiento sobre la planificación familiar. Sin embargo, el Consejo Médico de Ceilán rechazó su sugerencia de incluir control natal y eugenesia en el plan de estudios de la Escuela de Medicina de Ceilán. En 1937, Rutnam inauguró una clínica de planificación familiar en Colombo en los predios de la Liga de Servicio Social de Ceilán, pero siendo Ceilán la base delantera del Reino Unido en contra de la expansión japonesa en el océano Índico, el ejército se apropió del espacio de la clínica en 1939 y la actividad privada de planificación familiar fue puesta a un lado hasta 1949, un año después de la independencia de Ceilán.

En ese año, E. C. Fernando era miembro de la delegación cingalesa que asistió a un seminario para mujeres orientales en Estocolmo, diseñado para presentar el enfoque sueco para el desarrollo económico, esto es, un “término medio” que no era

* Este recuento está dedicado a la afectuosa memoria de E. C. (Sylvia) Fernando, miembro fundador de la Asociación de Planificación Familiar de Ceilán con quien algunas veces estuve en desacuerdo, pero quien siempre combatió con justicia y siempre se preocupó por la condición de la mujer de Sri Lanka desde el principio; Goesta Nycander, mi colega sueco, en cuyo hogar escuché por radio la llegada de Apolo 11 a la Luna en 1969, y quien no titubeó en ver con ojos claros los resultados de campo de las actividades de capacitación del programa conjunto de Suecia y Ceilán y, cuando fue necesario, criticarlas; y el doctor Soma Weeratunga, director de servicios de salud después de 1970 y más tarde embajador de Sri Lanka en la antigua Unión Soviética, quien entendió que existía un mundo de necesidad fuera de su consultorio en Kandy, y quien fue al campo a ayudar a cambiar el desempeño del personal del Ministerio de Salud. Estas personas se comprometieron con una mejor salud para las familias de Sri Lanka de todo grupo étnico y filiación política. Sus fuertes y tempranas voces merecen ser recordadas.

1 Ceilán cambió oficialmente su nombre por el de Sri Lanka en 1972.

ni capitalista ni socialista estatal. Elise Ottesen-Jensen, una líder pionera de la planificación familiar, asistió al seminario y privadamente defendió la fundación de una asociación de planificación familiar en Ceilán para atraer en mejor forma el apoyo. Poco después, otro pionero de la planificación familiar, el doctor Abraham Stone, visitó Ceilán a solicitud del ministro de agricultura Dudley Semanayake. Stone había estado en India enseñando el método del ritmo en Mysore en 1951, en una visita patrocinada por la Organización Mundial de la Salud. En 1952, Stone regresó a Ceilán una segunda vez en compañía de Margaret Sanger camino a una conferencia en Bombay. En esa ocasión, urgió fuertemente también la formación de una asociación de planificación familiar, la cual se creó en enero de 1953. Esta asociación hizo parte luego de la Federación Internacional de Planificación de la Familia en 1954. El doctor Clarence Gamble, fundador del Pathfinder Fund, donó los primeros suministros de tabletas de espuma anticonceptivas y costó también tres trabajadores en la primera clínica en el Hospital de Maternidad de Soysa en Colombo. En 1958, la Asociación Cingalesa de Planificación Familiar (FPA) operaba 23 clínicas en Colombo y otras localizaciones urbanas alrededor del país y suministraba capacitación, orientación y suministros anticonceptivos al gobierno y a médicos privados dispuestos a prestar servicios en entidades estatales o en sus consultorios. En 1958, la FPA empezó a recibir una donación anual del gobierno de SL Rs 75.000. En adición, el gobierno proporcionó espacio y personal para operar varias de las clínicas. En 1966, la FPA tenía 109 clínicas de planificación familiar, en su mayoría en zonas urbanas (Abhayaratne y Jayewardene, 1968).

El gobierno y la política de población, 1949-59

A diferencia de la mayor parte de los países en desarrollo, Ceilán tenía una tradición bien establecida de censos desde 1871. En adición, el registro de estadísticas vitales estaba sustancialmente completo en 1948, el año de la independencia. El gobierno se había percatado del ascenso en el crecimiento de la población después de una reducción sin precedentes del 30% en la tasa de mortalidad de 1946 a 1947. Los argumentos sobre las causas de la rápida reducción en la mortalidad continuaron durante años e iban desde el control de la malaria con el uso del DDT hasta la rápida expansión de los servicios de salud materno-infantil, inclusive la nutrición infantil, con un servicio nacional de salud según el modelo del Reino Unido (Meegama, 1967; Newman, 1965). El análisis se complicó por un ligero aumento en la mortalidad en todos los grupos de edad que había ocurrido entre 1943 y 1945, quizás a causa de la deprivación nutricional que se vio mitigada por la reanudación de importaciones normales

de alimentos al terminar la guerra (Frederiksen, 1961). En ese tiempo, Ceilán no era autosuficiente en alimentos.

El primer funcionario del gobierno en hablar abiertamente sobre la nueva situación demográfica, y no sólo en Ceilán, fue S. W. R. D. Bandaranaike, el ministro de salud en el primer gobierno independiente. En la segunda Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Roma en junio de 1949, él declaró:

Otro tema sobre el que me gustaría se hiciera alguna consideración es uno sobre el cual hemos estado discretamente callados. Existe una creciente necesidad de la consideración del problema del control de la natalidad en un plano internacional. ¿Se dan cuenta ustedes de que el mismo trabajo en salud que realizamos hace que el problema sea cada vez más urgente? Sin solicitarle una decisión a esta Asamblea, sugiero que se inicie la preparación de las estadísticas y datos necesarios con ayuda de las agencias especializadas apropiadas de las Naciones Unidas, de modo que más adelante, aun el próximo año, podamos considerar este problema que se está convirtiendo en el más urgente del mundo hoy (Bandaranaike, 1963, p. 176).

En 1969, el autor entrevistó al doctor W. G. Wickremasinghe, director de servicios de salud en 1949, quien había acompañado a Bandaranaike a Roma. Wickremasinghe contó que las observaciones de Bandaranaike fueron inesperadas, extemporáneas y posiblemente una reacción a un informe emitido recientemente por la comisión real sobre la población británica. Él notó que los delegados estadounidenses en Roma estuvieron furiosos con el discurso. Wickremasinghe apoyó a Bandaranaike en una reunión clave de un comité en el que él específicamente promovió un punto de vista de la salud materno-infantil (MCH, por sus iniciales en inglés) que mantenía que el tamaño de la familia debería limitarse a cuatro hijos con base en argumentos médicos. Aun ese enfoque más limitado falló en moverse hacia adelante (comunicación personal con W. G. Wickremasinghe, 13 de noviembre de 1969).

A su regreso a Colombo, alguna evidencia sugiere que Bandaranaike presionó al Ministerio de Salud para un mejor desempeño y mostró interés en que se enseñaran y proporcionaran a la mujer en el posparto métodos de planificación familiar, pero no había a la vista ningún apoyo general del gobierno para esa posición durante el período de su cargo. Sir John Kotelawa, el tercer primer ministro de Ceilán (1952-56), le comentó al autor en 1969 que las observaciones de Bandaranaike en 1949 fueron “anómalas” y que a principios de los años cincuenta el gobierno no estaba interesado en asuntos de población (comunicación personal con John Kotelawa, 13 de diciembre de 1969).

Sin embargo, en 1956, Bandaranaike regresó al gobierno como primer ministro. La evidencia anecdótica sugiere que tenía todavía muy presente la planificación fa-

miliar. En 1958, por ejemplo, habló sobre control de la fecundidad por más de dos horas en una entrevista privada en Colombo con el director general visitante de la Organización Mundial de la Salud, el doctor Maurice Candau, un católico y vocero oponente de la planificación familiar (comunicación personal con J. Padley, 10 de noviembre de 1969). Más adelante en ese año, después de discusiones con el embajador sueco en Ceilán, Alvah Myrdal, el gobierno firmó un acuerdo bilateral con el gobierno sueco para apoyar actividades piloto de planificación familiar. Más o menos por ese mismo tiempo, el gobierno sueco empezó a participar en los intentos de planificación familiar en Pakistán. Estos fueron los dos primeros casos de asistencia bilateral para planificación familiar.

El recuadro 20.1 presenta la cronología de los eventos principales en relación con la planificación familiar en el país.

En 1959, el Consejo Nacional de Planeación emitió su segundo Plan Decenal de Desarrollo (mitad de 1959-mitad de 1969) que incluyó una extensa declaración anotando que el rápido crecimiento de la población era una barrera para el desarrollo económico. Constituyendo un documento sofisticado para su tiempo, el reporte descartaba una solución maltusiana, preguntando si “el curso de la tasa de natalidad podía influirse mediante un esfuerzo deliberado por parte de la política social, que al mismo tiempo excluyera todas las formas de compulsión”. La discusión concluye que “aunque existen otros factores por fuera del campo de la decisión consciente que afectan la fecundidad de las parejas casadas, es un hecho que la decisión consciente de limitar la natalidad ha tenido un papel crucial en otros lugares en la reducción del tamaño de la familia. La cuestión que surge es si tales decisiones puede influirlas en forma activa la política. La respuesta parece (ser) afirmativa” (Consejo Nacional de Planeación, 1959, p. 16).

Antecedentes políticos

Antes de 1948, las políticas del gobierno colonial británico habían favorecido durante varias generaciones a la minoría tamil de Ceilán. El resentimiento que eso causó y la omisión en usar el idioma de la mayoría de la población del país en el gobierno y las cortes después de la independencia, fue especialmente fuerte entre los elementos de la población mayoritaria cingalesa. Los asuntos étnicos formaron parte de la escena política nacional durante las elecciones de 1956, cuando Bandaranaike fue primer ministro. El cingalés se convierte en el idioma oficial con la Ley del Idioma Oficial de 1956, agitando la intranquilidad entre los tameses de Ceilán. Se hicieron provisiones para uso del idioma tamil en partes específicas del país donde éstos eran mayoría y también se atendieron otros asuntos étnicos en un acuerdo de 1957, pero el acuerdo

Recuadro 20.1 *Cronología de eventos principales*

- 1932: Empiezan las primeras iniciativas de planificación familiar.
- 1949: Bandaranaike se dirige a la Asamblea Mundial de la Salud en Roma.
- 1958: Se inicia el Proyecto de Planificación Familiar Suecia-Ceilán.
- 1959: El Plan Decenal de Desarrollo del Consejo Nacional de Planeación (mitad de 1959-mitad de 1969) incluye una declaración sobre control de la fecundidad.
- 1963: El Population Council financia estudios de población en la Universidad de Ceilán y la FPA.
- 1965: Después de las elecciones, el gobierno decide formular una política nacional de población.
- 1966: La Fundación Ford provee apoyo para evaluar el Programa Nacional de Planificación Familiar.
- 1968: Se instaura la Oficina de Planificación Familiar.
- 1969: Temprana evidencia indica que la integración de la planificación familiar con la salud materno-infantil en el programa de campo no está procediendo como se anticipó.
- 1970: Las actividades se desaceleran antes de la elección, llevando a una caída en el número de aceptantes.
El gobierno muestra renuencia a considerar la posibilidad de organizar un programa de planificación familiar de posparto en los hospitales.
Dejando la puerta abierta a la asistencia continuada, el Population Council retira su asesor de evaluación.
El Fondo de Población de las Naciones Unidas envía su primera misión de evaluación de necesidades.
- 1971: Una encuesta sobre el comportamiento de parteras públicas en el campo revela serias debilidades en el plan nacional.
- 1972: El gobierno abandona los objetivos demográficos.
La Oficina de Salud Familiar reemplaza a la Oficina de Planificación Familiar.
- 1973: El Fondo de Población de las Naciones Unidas empieza a apoyar el programa, incluyendo apoyo para que en los hospitales se realicen esterilizaciones voluntarias.
- 1976: Las actividades del programa se desaceleran al aproximarse otra elección.
- 1977: El nuevo gobierno resuelve aumentar la disponibilidad de planificación familiar a través del sector curativo.
El número de esterilizaciones voluntarias aumenta rápidamente como resultado de la publicidad y asignaciones a personal médico y aceptantes de ligadura de trompas y vasectomía.
- 1980: El Fondo de Población de las Naciones Unidas envía una segunda misión de evaluación de necesidades.
- 1987: Una encuesta de prevalencia de uso revela que el 62% de las mujeres casadas en edad reproductiva practican un método de planificación familiar, 30% de ellas protegidas por ligadura de trompas o vasectomía. El 39% de las mujeres casadas en edad reproductiva utiliza un método moderno de anticoncepción.
- 2006: La tasa de reproducción neta es de dos.

fue rechazado en 1958 bajo la presión extrema de elementos cingaleses de derecha, incluyendo un número significativo de monjes budistas.

En ese mismo año sucedieron motines salvajes. La declaración del gobierno del estado de emergencia enfrió temporalmente las cosas, pero era claro que había perdido el control de la situación. En este difícil entorno político y posiblemente a causa de animosidades personales dentro el gabinete, Bandaranaike fue asesinado en 1959. La evidencia sugirió que algunos elementos de la *sangha* budista (la clerecía budista, o los monjes) estuvieron involucrados (Manor, 1989). Otras medidas exclusivistas diseñadas a favor de los cingaleses siguieron con los años, como también la violencia periódica entre los tamiles y los cingaleses.

Aunque el nacionalismo cingalés fue el factor más importante en esta intranquilidad y no los dogmas del budismo hinayana, existió siempre la sensación en Ceilán de que esta versión del budismo hinayana era una forma especial y más pura de esa antigua religión (Ryan, 1954; World Fellowship of Buddhis, 1969). Al mismo tiempo, un observador bien informado atribuye también los sentimientos que fueron explotados políticamente en 1956 a la presión creada por el fracaso del desarrollo económico en mantener el paso de las necesidades modernas y de una tasa alta de crecimiento de la población (Vittachi, 1958).

Estos sentimientos étnicos estaban crudos todavía en los años sesenta y llevaron directamente a preocupaciones ampliamente expresadas entre los cingaleses nacionalistas y segmentos de los *sangha*, a quienes el gobierno y los comentaristas independientes rara vez se dirigían, de que la planificación familiar amenazaba la existencia de la raza cingalesa. El hecho de que los datos usualmente no publicados sobre fecundidad y aceptación de planificación familiar por grupos étnicos no sugiriesen tal cosa, era irrelevante a dichos temores y fue ignorado casi totalmente. Oposición mucho menos ruidosa provino también de una minoría católica que incluía cingaleses y otros grupos étnicos. Por todas estas razones, muchos en el gobierno deseaban un programa de planificación familiar de bajo perfil.

Aunque se comentó mucho menos sobre eso, otro asunto demográfico importante agitó también a los nacionalistas cingaleses. Residentes en Ceilán, si bien no tenían nacionalidad por haber salido de India sin papeles de ninguna clase, se estimaba que había un millón de tamiles indios y su progenie, que habían sido llevados a Ceilán por los británicos en los siglos XIX y principios del XX a trabajar en la industria del té. Después de considerable negociación, en 1964, la primera ministra Sirimavo Bandaranaike, viuda de S. W. R. D. Bandaranaike, firmó el llamado Acuerdo Sirima-Shastri con el primer ministro Lal Shastri de India, por el cual durante los próximos 10 a 20 años India aceptaría la repatriación de 525.000 tamiles indios y Ceilán otorgaría la ciudadanía a 325.000. El resto se manejó posteriormente en un acuerdo de 1974

entre Bandaranaike e Indira Gandhi. Una migración potencial tan masiva sin duda removería algo de la urgencia planteada por el rápido crecimiento de la población en los años sesenta.

El proyecto Suecia-Ceilán de planificación familiar

Según el acuerdo de 1958, cuya implementación se retrasó varios meses por la intranquilidad civil, los gobiernos de Ceilán y Suecia acordaron cooperar para promover y facilitar un proyecto piloto incluyendo planificación familiar comunitaria que tendría lugar en dos o más zonas rurales en Ceilán, con el propósito de extender tales actividades en toda la nación dependiendo de los resultados (Wahren, 1968). En colaboración con el Ministerio de Salud y la FPA, los funcionarios seleccionaron dos zonas. La primera fue en Bandaragama, cerca de Colombo, cuya población de 7.000 habitantes era predominantemente de cingaleses budistas ocupados en el cultivo de arroz, caucho y coco, cerca de un 20% de los cuales era analfabeta. La otra zona seleccionada fue en Diyagama, una región de plantaciones de té en el interior del país con una población de unos 7.000 indios tameses, en su mayoría hindúes trabajadores de la industria del té, y un 75% de los cuales era analfabeta.

Las actividades se centraron en subdivisiones de aldeas, la unidad administrativa más pequeña en el Servicio Nacional de Salud. Se efectuaron censos y también encuestas sobre conocimientos y actitudes a parejas fértiles. Se abrieron centros de bienestar familiar que prestaron servicios de salud prenatal y posnatal y clínicas infantiles. Los métodos de planificación familiar se ofrecieron sin costo, incluyendo tabletas de espuma vaginales, preservativos e instrucción en el método del ritmo. También se proporcionó una cantidad limitada de asesoría y servicios a parejas infértiles, actividad que se pensaba tenía un papel psicológico importante en relación con la aceptación de servicios de control a la fecundidad. Aunque el proyecto contó con un asesor sueco residente desde el principio, ayudado cuando era necesario por consultores visitantes, se procuró basar las actividades tanto como fuera posible en personal de salud cingalés existente. Las actividades de capacitación incluyeron personal médico y paramédico y miembros del personal dentro y fuera de las zonas del proyecto. En 1962 y 1963, el proyecto se expandió a dos zonas nuevas y más grandes, Point Pedro, con una población cingalesa tamil en la península de Jaffna, y Polonnaruwa-Matale, que tenía una población de grupos étnicos mixtos pero predominantemente cingalesa (Greenberg, 1962; Kinch, 1966).

En mayo de 1965, un reporte suministrado a la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional reclamaba que la tasa de natalidad bruta había declinado en la zona del proyecto de Bandaragama ocurriendo la baja más notable en los

nacimientos de las mujeres de “alrededor de los 35 años de edad” (Tornberg, 1965). En el mismo informe se anotó también que el 76% de 771 familias del proyecto examinadas de cerca consideraban la planificación familiar como positiva en 1964, un aumento de 65% de 679 familias en 1961. (En 1959, 52% de 539 familias había considerado positivamente la planificación familiar). Aunque no se reportaron datos sobre prevalencia de uso de anticonceptivos, se mencionó que el preservativo era el método más popular. El nuevo dispositivo intrauterino de plástico (DIU) se había introducido en 1964 y para finales de ese año se habían insertado 263. Este número aumentó a 2.009 a mediados de 1967, indicando claramente que las actividades clínicas atraían aceptantes de fuera de la zona objetivo inmediata (Aramugam, 1968). Se efectuó un análisis más formal de cambios demográficos en las zonas de Bandaragama y Diyagama, pero debido al registro incompleto de los nacimientos, la extensa migración y otros problemas de datos, los pequeños cambios observados durante 1963 a 1965 no podían atribuirse a la actividad de planificación familiar (Hyrenius y Ahs, 1968).

Primeros análisis demográficos, 1963-68

En 1963, con apoyo del Population Council a la Universidad de Ceilán y en colaboración con la FPA, se realizaron una serie de estudios demográficos que terminaron en 1967-68 (Abhayaratne y Jayewardene, 1967, 1968). En adición a una revisión completa de datos vitales históricos, los autores realizaron una encuesta de aldeas que reveló que una pequeña mayoría de encuestados tenía conocimiento de planificación familiar, pero, sorprendentemente, sólo alrededor de un tercio aprobaba el uso de dichos métodos. Una fuerte razón para la oposición fue la preocupación de que el uso estuviera “contra la religión”, presumiblemente en su mayoría por parte de católicos y budistas conservadores. De los datos publicados es difícil determinar qué proporción de encuestados había usado alguna vez o estaba usando algún método de anticoncepción, pero métodos tradicionales como el del retiro y el ritmo estaban bien representados, lo mismo que el preservativo. La proporción de quienes habían usado anticoncepción que también informaron sobre ligadura de trompas fue de entre 1% y 3% dependiendo de la región (Abhayaratne y Jayewardene, 1967).

Principios del Programa Nacional de Planificación Familiar

Pronto después de las elecciones de marzo de 1965, el gabinete del nuevo gobierno encabezado por Senanayake, ahora primer ministro, decidió extender nacionalmente la planificación familiar y renovar el acuerdo con el gobierno sueco por tres años hasta agosto de 1968. El acuerdo hacía énfasis en la cooperación continua en relación

con actividades de capacitación para el Programa Nacional de Planificación Familiar, primariamente en Bandaragama y Point Pedro y suministro de anticonceptivos requeridos.

En febrero de 1966, el ministro de salud nombró un comité asesor para desarrollar un plan detallado de operación. El comité emitió su informe en agosto de 1966 y declaró que el programa sería una actividad de rutina del Departamento de Servicios de Salud y se integraría con los servicios de salud materno-infantil (Comité Asesor, 1966). La introducción de los servicios se escalonaría por regiones en los tres años siguientes. El objetivo era una reducción lenta en la tasa de natalidad de 33 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes a 25 en el término de 8 a 10 años. Asumiendo una tasa de mortalidad bruta constante, se esperaba que la tasa bruta de aumento de la población fuera de 1,6% en 1976. En el informe se estimó que 550.000 parejas, o unas 55.000 por año, estarían motivadas a practicar la planificación familiar en 1976, impidiendo así 110.000 nacimientos. En otro análisis preliminar que circuló en ese tiempo se estimó que tendrían que impedirse 176.200 nacimientos para cumplir el objetivo general, lo que a su vez requeriría 881.300 usuarios, o un uso de anticonceptivos de un 45% de las parejas para 1976 (Kinch, s.f.). En ambos conjuntos de cálculos se estimaba que aproximadamente con cinco usuarios corrientes se impediría un nacimiento, pero ninguno consideró varias combinaciones de métodos y sus tasas de uso implicadas. De hecho, en ese tiempo no había disponibles datos de campo locales confiables para examinar este asunto.

La meta arbitraria oficial de aceptantes para diferentes métodos era 60% para DIU, 25% para la píldora, 5% para esterilización y 10% para otros métodos. Las inserciones de DIU serían gratis. Los anticonceptivos orales costarían SL Rs 1,50 por paquete mensual y los preservativos y las tabletas de espuma SL Rs 0,05 cada uno (Comité Asesor, 1966). Las instrucciones necesarias para el personal de salud se emitieron en noviembre de 1966, más de un año después de la decisión del gabinete de lanzar un programa de planificación familiar (Ministerio de Salud, 1966).

Aunque la capacitación inmediata y las necesidades de nueva capacitación del personal de salud eran formidables, había buenas razones para el optimismo. Ceilán tuvo sistemas de salud pública y curativa gratis durante más de 15 años. Estos servicios habían tenido un papel significativo en la reducción de la incidencia y severidad de la malaria, disminuyendo las tasas de mortalidad infantil y materna por medio de mejor atención prenatal y de obstetricia (alrededor del 65% de los nacimientos ocurría en el hospital en 1965) y disminuyendo la mortalidad infantil por medio de vacunas y programas de alimentación infantil. A diferencia de casi todos los demás países asiáticos, estos esfuerzos penetraron profunda y, al parecer, efectivamente en las zonas rurales remotas, donde vivía el 75% de los cingaleses. En adición, la educación había

sido gratis hasta el nivel terciario desde poco después de la Segunda Guerra Mundial, y el arroz, un alimento básico, era intensamente subsidiado. Al mismo tiempo, estos beneficios sobrecargaban los presupuestos del gobierno, en especial después de haber terminado el *boom* económico de la Guerra de Corea, reduciendo las exportaciones de caucho. La economía de Ceilán, basada principalmente en exportaciones de té, caucho y coco, flaqueó. No obstante, los beneficios fueron políticamente intocables. Para finales de los años cincuenta y principios de los sesenta, la población de Ceilán disfrutaba de uno de los más altos niveles de desarrollo humano en Asia.

El segundo cargo superior en el Ministerio de Salud después del ministro era el del secretario permanente de salud, y el tercero el del director de servicios de salud. Este último presidía un comité asesor sobre planificación familiar responsable de hacer recomendaciones de políticas. Los siguientes cargos superiores eran cuatro directores diputados para servicios de salud pública, servicios médicos, servicios de laboratorio y administración. El director diputado de servicios de salud pública tenía un director asistente responsable de la salud materno-infantil y encargado de integrar los servicios de planificación familiar al sistema de salud materno-infantil. Quince superintendentes de servicios de salud (SHS, por sus iniciales en inglés) localizados en todo el país manejaban los servicios preventivos y curativos (hospital y centro de salud) en sus respectivas zonas e informaban directamente al director de servicios de salud en Colombo.

En los 95 distritos del país, salvo varias zonas urbanas controladas por los gobiernos locales, los funcionarios médicos de salud (MOOH, por sus iniciales en inglés) eran los responsables de la salud materno-infantil, programas de salud escolar, erradicación de la malaria y la filariasis y la higiene ambiental (incluyendo agua potable y disposición de desechos humanos). En términos de población, los distritos tenían entre 80.000 y 200.000 habitantes. Los MOOH eran usualmente jóvenes médicos realizando su servicio oficial obligatorio de dos años en retorno por haber recibido educación gratis. Como podría esperarse del plan de estudios tradicional de la escuela de medicina en Ceilán en ese tiempo, su preocupación primaria era el trabajo curativo y no el preventivo.

Trabajando bajo los MOOH había unas 2.000 parteras de salud pública (PHM, por sus iniciales en inglés), unas 20 por cada distrito, atendiendo cada una unos 5.000 habitantes, incluidas unas 700 parejas en edad reproductiva. Aproximadamente 85% de las PHM eran menores de 40 años, casadas y con hijos. Las cohortes más nuevas de PHM tenían 10 años de educación formal (en lugar de 8 como en el pasado) más un año de capacitación teórica y práctica en un hospital especial de capacitación y 6 meses de experiencia de campo bajo supervisión. Una zona de PHM podía variar de 1 a 10 millas cuadradas, que ella podía cubrir a pie o, quizás, en bicicleta. De los aproximadamente 175 nacimientos anuales de su subdistrito, ella atendería unos 20 a 25 en la casa. El resto se atendía en los hospitales o en hospitales de maternidad más

pequeños. Se esperaba que las PHM asistieran y asesoraran a las mujeres embarazadas en su zona tanto antes como después del parto, donde quiera que éste ocurriera. En ciertos días, se esperaba que asistiera al funcionario médico de salud y a las enfermeras de salud pública en las clínicas de pacientes externos de salud materno-infantil. La planificación familiar se agregaba a las tareas de las PHM después de nueve días de capacitación especializada.

La estructura de campo de la salud pública incluía también unos 1.000 inspectores de salud pública (PHI) cada uno cubriendo una zona equivalente a unos dos a cuatro subdistritos de PHM. Los planes originales del Programa Nacional de Planificación Familiar preveían un papel motivacional para los inspectores de salud pública, en especial entre los hombres, complementando con eso el trabajo de los educadores de salud en cada SHS. A finales de los años sesenta, un 60% de los inspectores de salud pública había recibido capacitación en planificación familiar.

Aun cuando los esfuerzos iniciales se concentraron en integrar la planificación familiar a la infraestructura de campo de la salud materno-infantil, los hospitales tenían también claramente un papel que asumir, especialmente en la prestación de servicios de esterilización. Ceilán tenía 11 hospitales provinciales con servicios especializados de obstetricia y ginecología, dos hospitales de maternidad especializados, 12 hospitales más pequeños con especialistas en obstetricia y casi 300 hospitales u hogares de maternidad aún más pequeños, o periféricos, algunos de los cuales con personal médico. Pocos países en desarrollo podían aproximarse a la cobertura provista por estos servicios curativos. Para mediados de los años sesenta, 65% de los nacimientos en Ceilán ocurrían en hospitales del gobierno y cerca de 20% más ocurrían bajo la supervisión de una PHM, usualmente en casa.

Cuando se formó lentamente la dinámica interna para la iniciación formal del Programa Nacional de Planificación Familiar, una visita en octubre de 1966 de un miembro de la Fundación Ford en Bangkok llegó a un acuerdo con el gobierno de que, mediante una donación al Population Council, se colocaría un asesor sobre evaluación en el Ministerio de Salud y en el Ministerio de Planeación y Asuntos Económicos. El autor fue nominado por el Population Council, aceptado por el gobierno y empezó su labor en Ceilán en octubre de 1967. Según el acuerdo se proveía también estudio en el extranjero a corto plazo y capacitación a miembros del Ministerio de Salud y fondos para equipos, suministros e investigación.

Evaluación y desempeño del programa, 1967-69

Un tema inmediato que los miembros del gobierno sacaron a relucir a finales de 1967 y 1968, fue la observación de que la tasa de natalidad bruta había declinado

en un 12,2% entre 1953 y 1963, y por eso quizás debía cumplirse el objetivo de 1976 sin impulsar la planificación familiar (o la suerte política) innecesariamente. El problema subyacente, que surgió repetidamente en conversaciones privadas y algunas veces en forma históricamente sarcástica en periódicos ampliamente leídos desde al menos 1965 sobre cómo tomaban forma los planes para un programa nacional de planificación familiar, y que continuaron hasta las elecciones de 1970, fueron los temores étnicos arraigados profundamente sobre la dominación política continuada de la mayoría cingalesa, que en ese tiempo representaba alrededor del 70% de la población total.

Un rápido examen de los datos cingaleses sugirió que, con independencia de cualquier reducción real de la fecundidad dentro del matrimonio, por lo menos dos fuerzas demográficas poderosas estuvieron actuando entre 1953 y 1963. La primera fue un retraso sorprendente en la edad de matrimonio, dramatizada en las proporciones descendentes de mujeres casadas menores de 25 años (cuadro 20.1). En adición, debido a una severa epidemia de malaria a mediados de la década de 1930 por la que hubo más muertes que nacimientos entre 1934 y 1935, Ceilán tuvo una escasez relativa de mujeres jóvenes en edad reproductiva entre 1953 y 1963.

Cuadro 20.1 Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años de edad casadas actualmente o alguna vez, 1953 y 1963

Edad (años)	Casadas actualmente		Casadas alguna vez	
	1953	1963	1953	1963
15-19	23,7	15,0	24,3	15,3
20-24	65,8	57,4	67,5	58,5
25-29	84,4	80,9	87,2	82,7
30-34	87,7	89,1	92,5	92,2
35-39	86,5	89,9	94,6	95,1
40-44	80,7	86,1	95,0	95,8
45-49	66,9	81,7	95,6	96,1

Fuente: datos del departamento del Censo y Estadística.

Entre 1953 y 1963, la tasa de natalidad bruta declinó en un 12,2% de 39,4 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes a 34,6. Al controlar por el retraso en la edad de matrimonio (en ese tiempo casi todos los nacimientos en Ceilán eran de parejas casadas) se redujo la declinación a sólo 5,3%. Controlando también por el cambio en la distribución de edades entre las mujeres de 15 a 49 años de edad, se explicó casi en su totalidad la reducción observada entre 1953 y 1963; *es decir, de no haber cambiado*

las proporciones de mujeres casadas y su distribución de edad después de 1953, la tasa de natalidad bruta no habría disminuido (Wright, 1968).

Se calcularon las tasas de fecundidad marital en el período y mostraron, como se podría haber esperado, que entre las mujeres de 20 a 39 años, que representaron el 90% de los nacimientos, el cambio en la fecundidad había sido marginal. El mensaje era claro: no había tenido lugar una reducción general de la fecundidad dentro del matrimonio entre 1953 y 1963. Mientras una reducción adicional en la proporción de mujeres actualmente casadas era asunto de especulación, las dificultades que tenían los hombres jóvenes para encontrar empleo y el efecto de apretujamiento, esto es, la escasez relativa esperada de mujeres disponibles para casarse con hombres cinco años mayores (la preferencia de la sociedad) aumentaba la probabilidad de una reducción de la tasa de natalidad bruta. Sin embargo, debido a la rápida reducción de la mortalidad que había ocurrido en 1947, era probable que aumentara el número de mujeres en edad reproductiva con rapidez desde finales de los años sesenta y que fuera más difícil de lograr el objetivo anunciado para la tasa de natalidad bruta para 1976. Aunque el equilibrio probable de estos efectos competidores después de 1963 no podía predecirse con confianza, pareció prudente aspirar a una mayor reducción de la fecundidad marital para cumplir la tasa objetivo deseada de natalidad.

Con la aprobación del Ministerio de Salud y en colaboración con el Departamento del Censo y Estadística, se preparó un sistema de realimentación de estadísticas de planificación familiar para su puesta en práctica en 1968. Tres asistentes de evaluación e investigación contratados con la donación de la Fundación Ford al Population Council empezaron a visitar los distritos y hospitales de los මානව සේවා කොට්ඨාසය para introducir los nuevos formularios de reporte. En el curso de sus visitas, los asistentes notaron que los මානව සේවා කොට්ඨාසය y otros miembros del personal de salud pública salían a menudo en licencia o se los había transferido sin reemplazo. Muchos otros miembros del personal reclamaron carecer de capacitación especial para la nueva actividad de planificación familiar. Los asistentes empezaron también a realizar estudios de tasas de continuación después de la aceptación, de modo que pudiera establecerse la efectividad de uso.

Los datos tomados del sistema de estadísticas del servicio en los primeros años del Programa Nacional de Planificación Familiar no fueron alentadores (cuadro 20.2)

Fue claro ya antes de finalizar 1968 que debido a la escasez de aceptantes reclutadas hasta ese punto, y con las tasas de efectividad de uso inferiores a lo esperado, en especial de aceptantes de anticonceptivos orales, el objetivo de aceptantes fijado anteriormente no alcanzaría la tasa de natalidad deseada en 1976. Un subcomité del Comité Asesor de Planificación Familiar recomendó el objetivo más realista de un millón de aceptantes para el final de 1975. Como alrededor de 100.000 ya habían sido reclutadas y podían esperarse de 200.000 a 250.000 más del sector privado, el

Cuadro 20.2 Nuevos aceptantes de planificación familiar, por métodos, 1966-69

Año	Total ^a	DIU	Píldora	Otros y tradicionales ^b	Esterilización ^c
1966 ^d	15.000	10.000	1.000	1.000	3.000
1967 ^e	36.695	18.506	8.892	5.601	3.616
1968 ^f	48.164	20.615	16.014	6.325	5.210
1969 ^g	60.000	20.000	28.000	6.000	6.000

Fuente: ver notas del cuadro.

a. Los totales incluyen cifras de la FPA para 1967-69.

b. Las cifras incluyen preservativos, tabletas de espuma, diafragma y gelatina, y el método del ritmo.

c. La esterilización fue casi exclusivamente femenina. Las cifras de esterilización para 1968 y estimados para 1969 se obtuvieron de cuestionarios especiales.

d. Las cifras son estimados brutos.

e. Las cifras se derivan de un cuestionario especial.

f. Las cifras son más altas de lo informado oficialmente debido a esterilizaciones no informadas y se derivan de las Estadísticas del Servicio de Planificación Familiar del Ministerio de Salud.

g. Los estimados para 1969 se basan en retornos oficiales hasta junio de 1969, informes rápidos de realimentación hasta octubre de 1969 y cuestionarios especiales para capturar las esterilizaciones no reportadas. El total oficial para 1969 fue de 47.768 aceptantes (Unfpa, 1980).

subcomité pensó que eran necesarias 700.000 aceptantes más en el sector público desde 1969 hasta principios de 1975, o alrededor de 110.000 por año. Éstos se distribuyeron entonces por zonas de MOON y fueron aceptados por el gobierno (Evaluation Subcommittee, 1968).

En adición, muchas clínicas no estaban informando ninguna actividad de planificación familiar y era difícil determinar cuántas de las 375 clínicas de planificación familiar en hospitales y centros de salud estaban realmente funcionando. El informe de las esterilizaciones de los hospitales era también incompleto e irregular y fueron necesarias encuestas especiales para capturar esas cifras de modo más confiable. Un sistema rápido de realimentación no mejoró el cuadro. Los objetivos teóricos de 1966 no se cumplían. Con base en cinco encuestas de seguimiento realizadas por la Unidad de Evaluación en 1969, los estimados indicaron que sólo 99.000 nuevas aceptantes de un estimado de 160.000 entre 1966 y 1969 usaban todavía el método original al final de 1969, es decir un 5,5% de las parejas casadas de las que la esposa tenía entre 15 y 49 años de edad. Esto estuvo bien por debajo de los números necesarios para cumplir el objetivo (implicado) de 1976 del 45% (Wright, 1970b).

Especialmente decepcionante fue la realidad de que el uso de anticonceptivos orales no se hubiera expandido más rápidamente, aunque el número de aceptantes subió en forma acelerada para ese método entre 1968 y 1969. Dada la presencia de 2.000 PHM el número de nuevas aceptantes sugirió un nivel de reclutamiento de menos de

dos por mes por PHM, lo que ocurrió a pesar del cambio de la política de abril de 1968 para reducir las barreras a la aceptación de la píldora: el precio se recortó a la mitad (a SL Rs 0,75 por ciclo) y el proceso de aceptación había sido “des-medicalizado” permitiendo que las PHM recetaran y entregaran la píldora sin un examen médico inicial de un funcionario médico de salud (Director of Health Services, 1968). Sin embargo, las tasas de continuidad de la píldora en el campo siguieron alarmantemente bajas en 1969, sugiriendo problemas mayores en la supervisión de campo en curso y en los reabastecimientos que la nueva política omitió rectificar (Wright y Perera, 1973).

Debido a que la tasa de natalidad bruta oficial provisional en 1968 fue de 32 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes y mayor que la de 1967, llevando a la preocupación oficial, se realizó un nuevo análisis del período 1963-68 con el fin de evaluar los efectos de los factores demográficos y la fecundidad marital. El análisis reveló que el retraso en la edad de matrimonio continuó intensificándose durante el período, mientras al mismo tiempo iba en aumento el número de mujeres en edad reproductiva. La dirección general de ambos factores combinados fue negativa, pero no pudo explicar toda la reducción observada en la tasa de natalidad bruta desde 1963, sugiriendo la probabilidad de alguna reducción en la fecundidad marital. Estimados de las tasas de fecundidad específicas por edades para el período sugirieron reducciones en todos los grupos de edad de las mujeres entre 15 y 49 años, excepto las más jóvenes. La reducción entre las mujeres mayores de 30 años fue claramente más alta que la de las menores de 30 años (Wright, 1970a). Un análisis posterior de la fecundidad entre 1963 y 1969 sugirió que los factores demográficos representaron el 80% de la reducción observada en la tasa de natalidad bruta (Fernando, 1972).

Dada la falta de apoyo político virtualmente a todo nivel al aproximarse las elecciones de 1970, la actividad del programa cayó bien por debajo de las expectativas y quizás aun retrocedió en 1969. Un informe administrativo detallado de una muestra de 21 de las 95 zonas de los MOOH realizada a finales de 1969 aclara bastante la situación general (Wijesooriya). Las 21 zonas representaban una población de unos 2,5 millones de habitantes. Con excepción de las PHM, en las cuales el 5% de los puestos estaba vacante y de las cuales el 25% no estaban capacitadas en planificación familiar, las vacantes eran pocas y la capacitación en planificación familiar fue sustancialmente completa. Dadas las 102 clínicas de planificación familiar aprobadas en las 21 zonas de MOOH y su frecuencia programada de operación, la expectativa de una sesión clínica por semana por cada 35.000 a 40.000 personas habría sido razonable. Aunque no se proporcionó ninguna cifra, el informe declara que “la impresión obtenida fue que faltó un número considerable de sesiones clínicas. La razón principal pareció ser la no disponibilidad de funcionarios médicos debido a su ausencia por licencia o por estar cumpliendo otras tareas urgentes” (Wijesooriya, 1971, p. 19). La distribución de

campo de anticonceptivos orales tuvo lugar en sólo 17 zonas y no en forma continua en todas ellas. Se ofrecieron varias razones para este estado de cosas. El examen de existencias de anticonceptivos orales mostró que en siete zonas no había y en otras nueve sólo había el suministro de un mes o menos. En adición, los informes no se registraron en la forma solicitada en una minoría significativa de las zonas (Wijwsoriya, 1971). Aun cuando el Ministerio de Salud intentó remediar estos problemas administrativos y de actitud, penetrantes y desalentadores, parecía probable que el número de aceptantes en 1970 sería menor al de 1969.

Efectos de las elecciones de 1970

Las elecciones de mayo de 1970 otorgaron un mandato poderoso al partido nacionalista de izquierda encabezado por Sirimavo Bandaranaike. El gobierno se tomó el tiempo para organizarse y pronto fue claro que no abandonaría la planificación familiar; sin embargo, no fijaría más objetivos demográficos y la Oficina de Planificación Familiar, creada en 1968 para integrar la planificación familiar a la combinación existente de servicios más tradicionales de salud materno-infantil, cambió de nombre por el de Oficina de Salud Materno Infantil y más adelante por el de Oficina de Salud Familiar. Se puso en función un nuevo equipo de liderazgo fuertemente comprometido con la salud materno-infantil y con lograr que el programa de campo rindiera con mayor eficiencia y eficacia. Aumentaron las visitas de campo y las inspecciones y las deficiencias identificadas fueron castigadas al ocurrir con multas instantáneas y transferencias (comunicación personal con M. Stiernborg, octubre de 2006).

Los resultados finales de un gran estudio de PHM en el campo se presentaron al nuevo gobierno en 1970 y se publicaron al año siguiente (Nycander, 1971). Los principales objetivos del estudio fueron observar y evaluar el comportamiento de trabajo de las PHM en su visita de motivación sobre planificación familiar a las madres y sobre seguimiento, con el fin de observar si este comportamiento se conformaba a un estándar definido operativamente, asegurar si la capacitación recibida por las PHM era adecuada para su situación en el campo y observar otros factores en adición a la capacitación que pudieran afectar el desempeño de las PHM y cuáles de esos podrían mejorarse mediante nuevas decisiones de políticas y administración más eficiente del programa. Trabajadores sociales capacitados hicieron las observaciones en entornos típicos del trabajo de campo. A pesar de problemas de muestreo en el diseño del estudio y los disturbios civiles de 1971, que permitieron sólo un seguimiento parcial, las PHM surgieron como apreciadas y respetadas en sus zonas. Estaban familiarizadas con sus clientes y eran capaces de ganar su confianza. Eran positivas hacia la planifi-

cación familiar, pero tendían a confundirse en cuanto a lo que se esperaba de ellas y, más críticamente, cuán activas debían ser como motivadoras.

Un hallazgo desalentador fue que, contrariamente a las expectativas, las PHM llevaban pocas veces píldoras anticonceptivas al campo para que las clientas pudieran empezar a tomarlas inmediatamente o que las antiguas aceptantes pudieran continuar tomándolas. Tampoco llevaban DIU de muestra para que las clientas potenciales pudieran observarlos y conocerlos. La información que suministraban era a menudo incompleta y no estaban equipadas para responder sobre los informes –reales o rumores– de efectos colaterales. Rara vez chequeaban a las aceptantes potenciales por contraindicaciones a la píldora. Era claro que no consideraban la planificación familiar tan importante como sus actividades más tradicionales. Observadores bien informados consideraban que algo del problema estaba en las oficinas de los МООН, donde los jóvenes médicos, a menudo con poca inclinación para emprender actividades preventivas, se confundían, si no se intimidaban, con los temores nacionales, las exageraciones de la prensa y algunas veces la interferencia política directa en su trabajo (Nycander, 1971).

Al mismo tiempo, no parecía ser sólo la planificación familiar la que se afectaba con el sector preventivo cada vez más problemático del sistema de salud de Ceilán. Una encuesta nacional de nutrición patrocinada por el Ministerio de Salud, CARE y los U.S. Centres for Disease Control en 1975-76 reveló que el 6,6% de los niños de Sri Lanka menores de seis años estaban extremadamente desnutridos. En un distrito, la proporción se aproximaba al 9,0%. La encuesta reveló también que el 27% de las madres embarazadas era anémica (Potts, 1978). Tan tardíamente como 1981-82, la encuesta sobre impacto de la salud familiar documentó niveles de vacunación básica de la infancia que el gobierno debe haber considerado decepcionantes (Family Health Bureau, 1984). Trabajo adicional de encuestas en los años ochenta trató sobre la atención recibida por las madres durante su embarazo. Aunque la vacunación contra el tétano ‘toxoides’ era generalizada, las encuestas identificaron un grupo significativo de madres que no habían sido vacunadas (Unicef, 1986). Aunque la mayoría de las madres había asistido a una clínica prenatal, no se habían realizado muchas de las funciones clínicas básicas, como el chequeo de la presión sanguínea y de la orina para el azúcar. Por último, las PHM habían realizado visitas a domicilio a sólo aproximadamente la mitad de las mujeres embarazadas de su subdistrito y con mayor frecuencia a las que no vivían en extrema pobreza. Además, las visitas realizadas no parecían tener efecto para aumentar las visitas clínicas, ni en adelantar la vacunación contra el tétano ‘toxoides’ ni en alejar a las madres de parteras no capacitadas. Así, parecía que el conocimiento y la información sobre prácticas de salud, incluida la planificación familiar, se obtenían más a menudo de fuentes distintas a las PHM. Se informó

también que más o menos un tercio de las madres encuestadas no alimentaban con su primera lactancia (calostro) a su hijo (Unicef, 1986). En un informe de la Organización Mundial de la Salud (1978) se habían notado también estas dificultades y debilidades y se apoyaba la conclusión de que el optimismo inicial en relación con las perspectivas de integrar la planificación familiar a un servicio preventivo de salud materno-infantil supuestamente efectivo no tenía una base firme.

En 1970, una misión de las Naciones Unidas visitó Ceilán y elaboró un plan de operaciones para varios proyectos de salud familiar. La Organización Mundial de la Salud sería la agencia ejecutora de tres proyectos financiados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, uno de ellos dirigido específicamente para fortalecer y modernizar las instituciones médicas en relación con la prestación de servicios clínicos y anticonceptivos (Ministry of Plan Implementation y Research Triangle Institute, s.f.). Este trabajo había empezado en 1973. En adición a expandir y mejorar la provisión de esterilización en los mayores hospitales de enseñanza y provinciales, se crearon nuevas instalaciones en hospitales más pequeños y se capacitó a funcionarios médicos no especialistas en esterilización (Family Health Bureau, 1984).

El cuadro 20.3 muestra con claridad que las elecciones de 1970 tuvieron un efecto negativo en el desempeño del programa. Lo que es más importante, la evidencia indica que en 1973, el sector curativo, discutiblemente el sector más funcional del sistema de salud cingalés, había empezado a apoyar el Programa Nacional de Planificación Familiar en forma más completa, haciendo provisión para la esterilización femenina (pacientes internos) y masculina (pacientes externos). Durante el mismo tiempo, las aceptantes de DIU y píldoras anticonceptivas aumentaron en forma modesta, se estabilizó su número y luego disminuyó. El programa continuó siguiendo los ciclos de las elecciones, con otra recesión en 1976, un año antes de la elección del gobierno de derecha del primer ministro J. R. Jayawardene.

Esterilización, 1977-85

Después de un período de recuperación de dos años, tras las elecciones de 1977, el número de esterilizaciones realizadas, en especial de vasectomías, aumentó en un orden de magnitud como respuesta a un plan de incentivos para proveedores y aceptantes. El cuadro 20.4 muestra que la respuesta popular fue notable, aunque el rendimiento mensual al nivel más alto de asignación por aceptante (SL Rs 500) disminuyó con el tiempo. Las encuestas en Colombo sugirieron que mayores niveles de asignación atraían para la vasectomía a un grupo de hombres que pertenecía a un grupo económico inferior y que ya tenían un tamaño de familia grande (De Silva y otros, 1988).

Cuadro 20.3 Número de nuevas aceptantes de planificación familiar, por métodos, 1970-85

Año	Total	DIU	Píldora	Inyección	Tradicional ^a	Otros	Esterilización	
							Masculina	Femenina
1970	55.269	15.799	26.889	0	6.924	686	4.971 ^b	
1971	49.323	11.446	25.828	0	7.306	408	245	4.090
1972	71.137	18.599	32.300	0	9.662	—	498	9.078
1973	82.020	27.558	34.214	0	—	—	1.850	18.398
1974	107.851	29.693	35.924	0	—	—	7.292	34.942
1975	109.639	32.755	37.720	0	—	—	6.034	33.130
1976	88.215	27.030	25.597	0	—	—	2.924	32.664
1977	67.889	21.321	27.514	0	—	—	1.302	17.752
1978	79.226	23.085	31.146	3.046	—	—	2.325	19.264
1979	92.156	20.187	30.394	5.932	—	—	5.640	30.003
1980	171.159	19.232	29.296	9.705	—	—	51.284	61.642
1981	121.797	14.833	22.189	8.142	—	—	30.333	46.300
1982	114.481	16.115	26.231	10.211	—	—	13.048	48.876
1983	173.197	16.328	33.821	11.271	—	—	44.979	64.798
1984	160.023	16.140	32.895	9.660	—	—	37.542	63.786
1985	122.758	12.588	31.990	16.375	—	—	16.724	45.081

Fuente: Family Health Bureau, Evaluation Unit data. Los datos para 1981 fueron tomados de Ministerio de Salud, 1985, cuadro 7.3. Las cifras del total de la píldora para 1974 y 1975 son estimadas.

Nota: — = no disponible. Los datos no tienen en cuenta un programa de mercadeo social del sector privado iniciado en 1973 por Population Services International para la distribución de anticonceptivos orales y preservativos. Si se asume que 100 preservativos o 13 paquetes de píldoras orales vendidos igualan cada uno a un aceptante, entonces, para 1975 y 1976, podrían agregarse aproximadamente 40.000 aceptantes y unos 60.000 en 1977 (Potts, 1978). Este programa fue transferido a la FPA antes de 1980.

a. Las cifras incluyen preservativos y tabletas de espuma. Datos de aceptantes para estos métodos de la Family Health Bureau no están disponibles después de 1972.

b. La fuente no hizo distinción entre esterilizaciones masculinas y femeninas.

Las siguientes condiciones debían satisfacerse antes de realizarse la esterilización: Para recibir la vasectomía los hombres debían ser menores de 50 años y para la ligadura de trompas las mujeres debían ser menores de 45 años en la fecha de la cirugía. Igualmente estar legalmente casados o en unión según la ley común, y tener por lo menos dos hijos vivos en la fecha de la cirugía. Se puso a funcionar un sistema de consejería para asegurar un consentimiento informado (Ministry of Plan Implementation, 1983). El autor examinó el plan de incentivos en 1983 y nuevamente en 1985 para asegurarse de que de hecho era voluntario y en 1985 evaluó también su calidad médica. En ninguna ocasión encontró evidencia de compulsión. Todas las aceptantes

Cuadro 20.4 Tendencias en esterilización voluntaria, por tipo de asignación, 1978-85

<i>Tipo de asignación y monto</i>	<i>Número total de esterilizaciones</i>	<i>Promedio de esterilizaciones por mes</i>
Ninguna. enero 1978-abril 1979	29.929	1.871
Asignación a equipos médicos, mayo-diciembre 1979 ^a	27.670	3.459
<i>Asignación a equipos médicos más gastos menores adicionales para los aceptantes</i>		
SL Rs 100, ene.-sept. 1980	46.178	5.130
SL Rs 500, oct. 1980-feb. 1981	103.557	20.712
SL Rs 200, mar. 1981-dic. 1981	39.819	3.982
SL Rs 300, ene. 1982-mayo 1983 ^b	87.259	5.133
SL Rs 500, jun. 1983-dic. 1983	84.442	12.063
SL Rs 500, ene. 1984-dic. 1984	101.328	8.444
SL Rs 500, ene. 1985-dic. 1985	61.805	5.150

Fuente: adaptado de Family Health Bureau, 1984; Ministry of Plan Implementation, 1983.

a. Un equipo para tubectomías tenía una asignación de SL Rs 665, divididas entre los miembros por cada caso por encima de un número estipulado por mes. Por vasectomías, el equipo recibía SL Rs 33,50 por cada caso por encima de un mínimo de 5 por mes. Desde junio de 1983, los equipos quirúrgicos recibían pago por todos los casos.

b. Las cifras son datos provisionales.

entrevistadas, algunas todavía en el hospital después de la cirugía, alabaron al gobierno por la facilidad de obtención del servicio. Muchas tenían parientes cercanos femeninos que habían recibido la cirugía. Al preguntársele a una mujer si había entendido que el método era permanente, titubeó y luego respondió: “eso fue lo que se me dijo y ciertamente espero que sea así”. La compensación recibida no parecía irrazonable dada la variedad documentada de gastos personales. A pesar de la ausencia de cualquier tipo de informe de complicaciones serias o de muerte en las 48 horas siguientes a la cirugía, el rendimiento de ésta en algunos de los hospitales más pequeños y en las clínicas móviles de vasectomía sugirió la necesidad de un esfuerzo de vigilancia dirigido y activo (Wright, 1984, 1985).

El nuevo gobierno elegido en 1977 fue más comprometido con los programas de salud familiar, incluida la planificación familiar, que cualquier gobierno anterior, según lo expresó enfáticamente J. R. Jayawardene, el nuevo primer ministro, en un discurso al asumir el cargo. Se encargó al nuevo Ministerio de Implementación de Planes, reportando directamente al primer ministro la formulación e implementación de la política nacional sobre población. En 1980, en el momento de la segunda misión de evaluación de necesidades del Fondo de Población de las Naciones Unidas,

se reiteró públicamente el compromiso del gobierno de controlar la población mediante la prestación de servicios de planificación familiar y también la determinación de utilizar incentivos financieros para estimular a los equipos médicos a realizar esterilizaciones y motivar a los pacientes cubriendo sus gastos menores, costos de viaje y los ingresos dejados de obtener por aceptar la misión de esterilización. Por último, el gobierno planeó enmendar las leyes tributarias para limitar las deducciones por hijos (Ministry of Plan Implementation y Westinghouse Health Systems, 1983). Se celebró un seminario titulado “La planificación familiar por encima de la política partidaria” con ocasión de la visita de evaluación de necesidades (Ministry of Plan Implementation, 1980). En ocupación de estas políticas, el gobierno conformó 25 comités de población de distrito, cada uno dirigido por el jefe de administración de distrito, cuyos miembros representaban los ministerios y departamentos pertinentes e incluían funcionarios de trabajo de campo, para hacer seguimiento a la política de población (Ministry of Plan Implementation y Westinghouse Institute for Resource Development, 1988).

La transición demográfica completa, 1966 hasta el presente

Los objetivos demográficos originales formulados en 1966 y abandonados en 1970-71 no se cumplieron en 1976. En ese año, la tasa de natalidad bruta fue de 27,8 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes y no de 25,0; la tasa de mortalidad bruta fue de 7,8 muertes por cada 1.000 habitantes y no de 9,0; y la tasa bruta de aumento natural de la población fue de 2,0% y no de 1,6%. La tasa de natalidad había disminuido lentamente de 32,3 en 1966 a 27,8 en 1976, pero como se anotó, estuvo influida por la edad de matrimonio, que se mantuvo en aumento durante el período.

Los investigadores realizaron varios estudios de perfiles para determinar la prevalencia de uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas en edad reproductiva (MWRA) de 1975 a 1987 (cuadro 20.5). Debido a que los cuestionarios diferían en sus preguntas sobre los métodos tradicionales, las cifras de la última columna son erráticas y por tanto son las cifras de uso total. Sin embargo, el uso de métodos modernos sigue una tendencia regular y lo hace para cada método individual.

Como ya se anotó, el primer estimado de la prevalencia de uso de anticonceptivos realizado a finales de 1969 utilizando datos de aceptantes del programa y de la encuesta de seguimiento, sugirió una tasa corriente de usuarios de métodos modernos de 5% a 6%. Con excepción de los aceptantes de preservativos en el sector público, datos confiables sobre el uso de métodos tradicionales, como el ritmo o el retiro, no estuvieron disponibles en ese tiempo (Wright, 1970b). En 1987, menos de 20 años después, Sri Lanka era claramente una sociedad con uso de anticonceptivos, con el

Cuadro 20.5 Prevalencia de uso de anticonceptivos, años seleccionados. Porcentaje de mujeres casadas o sus cónyuges que utilizaban cada método

Año	Todos	Métodos modernos	Esterilización		Píldora	DIU	Inyectable	Métodos tradicionales ^a
			Femenina	Masculina				
1975 ^a	43	18	8	1	2	6	0	26
1975 ^b	34	18	10	1	2	5	0	16
1977	41	20	12	2	2	4	0	21
1981	43	28	18	4	2	3	1	14
1982	58	29	22 ^b		3	3	1	29
1987 ^c	62	39	25	5	4	2	3	23

Fuente: Family Health Bureau, 1984; Ministry of Plan Implementation y Westinghouse Health Systems, 1983; Ministry of Plan Implementation y Westinghouse Institute for Resource Development, 1988; Ross y otros, 1988.

Nota: Para 1975-81, 1981 y 1987, las mujeres casadas consideradas son las de 15 a 49 años de edad. Para otros años, las de 15 a 44 años.

a. La medida de los métodos tradicionales principales, ritmo, preservativos y retiro, varió según la encuesta y a ello se deben los resultados inconsistentes en el total de uso de métodos tradicionales y por tanto en el uso total.

b. La cifra es el total para masculinas y femeninas.

c. No hubo muestra de dos zonas del norte debido al conflicto civil.

39% de las mujeres casadas en edad reproductiva (MWRA, por sus iniciales en inglés) usando un método moderno (30% de ellas esterilización) y otro 23% de esas mujeres o sus cónyuges usando un método tradicional. Que el 30% de MWRA o sus cónyuges estuviese protegido por esterilización es consistente con los datos de estadísticas de servicios. El uso de la píldora y el DIU permanecieron bajos, reflejando los problemas crónicos con esos métodos en un programa débil de campo y quizá también la percepción general de las mujeres de Sri Lanka, no atendida adecuadamente, de que el uso de la píldora se asociaba con serios riesgos de salud (Thapa y otros, 1988). También sugirió que, al menos para la píldora, el alcance del programa de mercadeo social era quizás menos extenso de lo que había sido a mediados de los años setenta.

Aun cuando el programa no cumplió sus objetivos de aceptantes y demográficos en 1976, la evidencia sugiere una reducción en la fecundidad marital durante el período anterior de 10 años. Es probable que el aborto inducido, ilegal durante este período y después, haya aumentado cuando la presión económica por familias más pequeñas se intensificó y aumentó la aprobación de la planificación familiar (Potts, 1978). No existe información directa disponible sobre este tema, pero los datos de morbilidad y mortalidad hospitalaria pueden ser indicativos. Por ejemplo, la hospitalización por complicaciones atribuidas a aborto inducido aumentó más del 30% entre 1970 y 1985. Afortunadamente, la mortalidad hospitalaria asociada con estos

casos disminuyó en el período (Ministry of Health, 1985). Abhayaratne y Jayawardene (1967) señalan que el uso de métodos tradicionales puede haber sido más extenso de lo pensado. Según el grado en que eso sea cierto, pueden haber tenido un papel importante manteniendo las tasas de natalidad bruta históricas menores de lo que se habría esperado y pueden también haber contribuido a la temprana reducción de la fecundidad marital a finales de los años sesenta y principios de los setenta (Caldwell y otros, 1987).

El informe del 2006 Population Reference Bureau (2006) informa una tasa de natalidad bruta para Sri Lanka de 19 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes, una tasa de mortalidad bruta de 6 muertes por cada 1.000 habitantes y una tasa de crecimiento de la población de 13 nacimientos por cada 1.000 habitantes, o 1,3%. La tasa de fecundidad total es de dos nacimientos por mujer, ligeramente por debajo del nivel de reemplazo. De las MWRA entre 15 y 49 años, un estimado del 70% utiliza un método de planificación familiar y el 50% usa un método moderno. La mortalidad infantil es de 11,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos y la expectativa de vida al nacer es de 73 años. La población estimada es de 19,9 millones, casi el doble de la del censo de 1963. De no haberse repatriado grandes números de tamiles indios en los años después de 1964 y no haberse ido muchos tamiles (cingaleses) de Sri Lanka después de 1983 para escapar del conflicto étnico, la población total habría sido significativamente mayor.

Enseñanzas

Aunque muchos de los líderes políticos de Ceilán expresaron pronto preocupaciones sobre el rápido crecimiento de la población y el primer proyecto piloto bilateral de planificación familiar de un país en desarrollo se inició en 1958 con asistencia sueca, el movimiento hacia una política nacional de población fue lento, poco entusiasta, y difícilmente ejemplo de progreso revolucionario continuo. Aun con fuerte aprobación popular de la planificación familiar, según los estándares asiáticos, un entorno de desarrollo excepcionalmente privilegiado, demostrado por la provisión de un sistema educativo de amplia base y gratuito, abierto a hombres y mujeres; un sistema nacional de salud; y alimentación subsidiada, la política étnica predominante hizo litigioso el trabajo de extender la planificación familiar. Debido a que los muchos pronunciamientos históricos sobre planificación familiar y la temida extinción de la raza cingalesa casi nunca fueron contradichos a nivel oficial, la toma de decisiones clara y el progreso para extender la planificación familiar en el campo estuvieron a menudo paralizados desde 1965 hasta mediados de los años setenta.

Decir que la planificación familiar se integraría a una red existente de salud materno-infantil estuvo muy bien, pero infortunadamente el sistema no funcionó con eficiencia, ni aun para las actividades aceptadas por mucho tiempo y menos litigiosas de salud materno-infantil. La planificación familiar presentó problemas especiales, porque las políticas étnicas estaban en conflicto, el liderazgo profesional en el campo estuvo comprometido sólo débilmente con la prevención y los servicios estuvieron excesivamente medicalizados. La dificultad de orientar a los médicos capacitados tradicionalmente como solucionadores de problemas para pacientes individuales hacia la medicina dirigida a la prevención masiva en poblaciones humanas, no era única de Sri Lanka. Este problema de campo persistió hasta los años ochenta.

El uso extenso de los métodos tradicionales no se apreció totalmente y, de haberlo permitido las consideraciones políticas, probablemente se habrían promovido con más fuerza.

Con casi el 70% de los nacimientos ocurriendo en el hospital en 1965, una planificación familiar de posparto habría sido efectiva tanto en la prestación de los servicios como en el entorno político predominante, en mantener el servicio en forma segura dentro del hospital. Esta promisorio estrategia se descarriló por el ciclo de elecciones de 1970.

Los intentos del programa finalmente empezaron a adelantar en forma decisiva en 1977-80, cuando el gobierno decidió promover la esterilización voluntaria por medio de mejores servicios y asignaciones monetarias al personal quirúrgico y a los aceptantes. En esta forma, por fin, el sector curativo del Ministerio de Salud se movilizó totalmente para apoyar el programa. En adición, se hicieron esfuerzos fuertes para colocar la planificación familiar por encima de la política étnica.

Junto al entorno económico en deterioro después de los años cincuenta, la falla del programa de planificación familiar en progresar como muchos pensaron que lo haría, ejerció una presión tremenda sobre las familias. El nivel de abortos inducidos casi ciertamente aumentó cuando las preferencias de tamaño de la familia empezaron a cambiar y las familias lucharon para atender los embarazos no deseados entre 1965 y 1985.

Referencias

- Abhayaratne, O. E. R. y C. H. S. Jayewardene. 1967. *Fertility Trends in Ceylon*. Colombo: Colombo Apothecaries Company, Ltd.
- . 1968. *Family Planning in Ceylon*. Colombo: Colombo Apothecaries Company, Ltd.

- Advisory Committee. 1966. "Plan and Programme for National Family Planning Project," unpublished report, Advisory Committee, Colombo.
- Aramugam, L. G. 1968. "The Introduction of Intra-Uterine Contraceptives in a Rural Area: Bandaragama." Discurso pronunciado ante la Association of Obstetricians and Gynecologists of Ceylon, febrero 21, Colombo.
- Bandaranaike, S. W. R. D. 1963. *Speeches and Writings*. Colombo: Government Publishing House.
- Caldwell, Jack, K. W. H. Gamminiraten, P. Caldwell, B. Caldwell, N. Weeraratne y P. Silva. 1987. "The Role of Traditional Fertility Regulation in Sri Lanka." *Studies in Family Planning* 18 (1): 1–21.
- De Silva, V., S. Thapa, L. R. Wiilens, M. G. Farr, K. Jayanaghe y M. J. Mahan. 1988. "Compensatory Payments and Vasectomy Acceptance in Urban Sri Lanka." *Journal of Biosocial Science* 20 (2): 143–56.
- Director of Health Services. 1968. Circular My No. PB44/66 to the Superintendents of Health Services (SHS), abril 7, 1968.
- Evaluation Subcommittee. 1968. "Targets for Ceylon's National Family Planning Program," Report to the Family Planning Advisory Committee, informe inédito, Evaluation Subcommittee, Colombo.
- Family Health Bureau. 1984. *Family Health Impact Survey, Sri Lanka, 1981–2*. Colombo: Ministry of Health.
- Fernando, Dallas F. S. 1972. "Recent Fertility Decline in Ceylon." *Population Studies* 26 (3): 445–53.
- Frederiksen, Harald 1961. "Determinants and Consequences of Mortality Trends in Ceylon." *Public Health Reports* 76 (agosto): 659–63.
- Greenberg, D. S. 1962. "Birth Control: Swedish Government Has Ambitious Program to Offer Help to Underdeveloped Nations." *Science*, septiembre 28. Reimpreso en *Population Bulletin* 19 (1): 19–23.
- Hyrenius, Hannes y Ulla Ahs. 1968. *The Sweden-Ceylon Family Planning Pilot Project*. Report 6. Goteborg, Suecia: University of Goteborg, Demographic Institute.
- Kinch, Arne. s.f. (pero probablemente fin de 1965). "Provisional Scheme for a Nationwide Family Planning program in Ceylon: 1966–1976." Informe inédito, Colombo.
- . 1966. "Ceylon." En *Family Planning and Population Programs*, ed. Bernard Berelson, Richmond K. Anderson, Oscar Harkavy, John Maier, W. Parker Mauldin y Sheldon Segal, 105–10. Chicago: University of Chicago Press.
- Manor, James. 1989. *The Expedient Utopian: Bandaranaike and Ceylon*. Cambridge, R. U.: Cambridge University Press.
- Meegama, S. A. 1967. "Malaria Eradication and Its Effect on Mortality Levels." *Population Studies* 21 (noviembre): 207–37.

- Ministry of Health. 1985. *Annual Health Bulletin*, Sri Lanka. Colombo: Ministry of Health.
- Ministry of Plan Implementation. 1980. *Family Planning Above Party Politics: Proceedings of a Seminar on Population and Development*. Colombo: Ministry of Plan Implementation.
- . 1983. *Voluntary Sterilization Programme in Sri Lanka*. Colombo: Population Division.
- Ministry of Plan Implementation and Research Triangle Institute. s.f. *A Study of the Cost Effectiveness of the National Family Planning Programme in Sri Lanka, 1975–1981*. Research Triangle Park, NC: Ministry of Plan Implementation, Population Division.
- Ministry of Plan Implementation and Westinghouse Health Systems. 1983. *Sri Lanka Contraceptive Prevalence Survey Report, 1982*. Colombo: Ministry of Plan Implementation, Department of Census and Statistics.
- Ministry of Plan Implementation and Westinghouse Institute for Resource Development. 1988. *Sri Lanka, Demographic and Health Survey, 1987*. Colombo: Ministry of Plan Implementation, Department of Census and Statistics.
- National Planning Council. 1959. *The Ten Year Plan*. Colombo: Government Press.
- Newman, Peter. 1965. *Malaria Eradication and Population Growth, with Special Reference to Ceylon and British Guiana*. Research Series 10. Ann Arbor: University of Michigan, School of Public Health.
- Nycander, Gunnel. 1971. “Family Planning in the Field: Standardized Observations of Field Midwives’ Working Behavior and Analysis of Factors Affecting the Quality and Outcome of the Ceylonese Field Programme.” Informe preparado para la Swedish International Development Cooperation Agency, Colombo.
- Organización Mundial de la Salud. 1978. *Terminal Report on Family Health Project, 1973–77*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Population Reference Bureau. 2006. *Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Potts, Malcolm. 1978. *Review of Population and Family Planning Activities in Sri Lanka*. Colombo: Overseas Development Agency and Ministry of Plan Implementation.
- Ross, John A., Marjorie Rich, Janet Molzan y Michael Pensak. 1988. *Family Planning and Child Survival*. Nueva York: Columbia University, Center for Population and Family Health.
- Ryan, Bruce. 1954. “Hinayana Buddhism and Family Planning in Ceylon.” En *The Interrelations of Demographic, Economic, and Social Problems*, 90–102. Nueva York: Milbank Memorial Fund.
- Thapa, S., M. Salgado, J. Fortney, Gary Grubb y V. De Silva. 1988. “Women’s Perceptions of the Pill’s Potential Health Risks in Sri Lanka.” *Asia-Pacific Population Journal* 2 (3): 39–56.

- Tornberg, G. 1965. *Some Findings from a Family Planning Pilot Project in One Rural Area*. Informe preparado para la Swedish International Development Cooperation Agency.
- Unfpa (United Nations Population Fund). 1980. Sri Lanka: Report of a Mission on Needs Assessment for Population Assistance. Report 36. Nueva York: Unfpa.
- Unicef (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). 1986. *Perinatal and Neonatal Mortality: Some Aspects of Maternal and Child Health in Sri Lanka*. Action Research Series, Monografía 1. Colombo: Unicef and Department of Census and Statistics.
- Vittachi, Tarzie. 1958. *Emergency 58, The Story of the Ceylon Race Riots*. Londres: Andre Deutsch.
- Wahren, Carl. 1968. "The Role of Family Planning in Sweden's Development Assistance Program." Documento preparado para el U.S. Information Service.
- Wijesooriya, N. G. 1971. "Report on Some Aspects of the Family Planning Program in 21 Health Areas." En *Family Planning in the Field*, ed. Gunnel Nycander, apéndice 6, 1-9. Informe preparado para la Swedish International Development Cooperation Agency, Colombo.
- World Fellowship of Buddhists. 1969. "Family Planning" (editorial). *News Bulletin*, abril 13, pp. 43-45.
- Wright, Nicholas H. 1968. "Recent Fertility Change in Ceylon and Prospects for the National Family Program." *Demography* 5 (2): 745-56.
- _____. 1970a. "Ceylon: The Relationship of Demographic Factors and Marital Fertility to the Recent Fertility Decline." *Studies in Family Planning* 1 (59): 17-20.
- _____. 1970b. "Status of the Family Planning Program, End of 1969." Memorando a C. Balasingham, Permanent Secretary, Ministry of Health.
- _____. 1984. *Report on the Sri Lankan Incentive Program for Voluntary Sterilization*. Nueva York: Association for Voluntary Sterilization.
- _____. 1985. *Observations and Recommendations on Voluntarism and Medical Quality in Sri Lanka's Surgical Contraception Program*. Informe 85-26-014. Colombia: U.S. Agency for International Development and Ministry of Plan Implementation, Office of Population.
- Wright, Nicholas H. y Terrence Perera 1973. "Ceylon: Continuing Practice of Contraception by Acceptors of Oral Contraception and Intrauterine Devices in a Field Program." *Bulletin of the World Health Organization* 48 (6): 639-47.

21

Surgimiento y desarrollo del programa de planificación familiar de Nepal

Jayanti M. Tuladhar

Nepal, un país relativamente pequeño en comparación con sus vecinos, limita con China al norte y con India al sur. Tiene tres zonas ecológicas distintas: montañas, colinas y llanos. Las tres zonas son diferentes no sólo en cuanto a condiciones climáticas sino también en cuanto a densidad de población, condiciones y medios de vida, y situación económica. El país es predominantemente rural y su gente principalmente granjeros que pertenecen a más de 75 castas y grupos étnicos.

Debido a lo áspero del terreno, las zonas montañosas son menos desarrolladas y tienen facilidades de transporte y comunicación limitadas, lo que restringe el movimiento de personas y obstaculiza el envío de los productos a los mercados. Sólo el 7% de la población reside en las zonas montañosas. La región de las colinas está relativamente más avanzada en todos los frentes del desarrollo y representa alrededor del 44% de la población. Tiene varios valles fértiles y sitios de interés que atraen turistas extranjeros, lo cual trae ingresos al país. Casi la mitad de la población (49%) vive en la región de los llanos, que tiene el 23% de la superficie terrestre total y es la parte más fértil del país. La región se hizo habitable después de la erradicación de la malaria y mucha gente de las colinas se fue a vivir allí. Esta región está mejor que las otras dos en términos de facilidades de transporte y comunicaciones y ha atraído inversionistas para establecer industrias.

La población del país se duplicó de 11,6 millones de habitantes en 1971 a 23,2 millones en 2001, y es probable que se duplique nuevamente hacia 2031 dada la actual tasa de crecimiento de la población (2,3% anual en 2001). La población urbana ha aumentado a un ritmo mucho más rápido que la población general por la migración interna y según el censo de 2001, representó el 14% de la población total (cuadro 21.1).

Cuadro 21.1 Indicadores demográficos seleccionados, años seleccionados

<i>Categoría</i>	<i>1971</i>	<i>1981</i>	<i>1991</i>	<i>2001</i>
Población (millones)	11,6	15,0	18,5	23,2
<i>Porcentaje de la población, por grupos de edades</i>				
0-14 años	40,5	41,4	42,4	—
15-64 años	56,4	55,4	54,1	—
65 + años	3,1	3,2	3,5	—
Densidad de población por kilómetro cuadrado	79	102	126	158
Porcentaje de la población viviendo en zonas urbanas	4,0	6,4	9,2	14,2
Tasa de natalidad bruta (nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes)	42	44	42	34
Tasa de fecundidad total (número de nacimientos por mujer)	6,3	6,3	5,6	4,1
Tasa de mortalidad infantil (muertes por cada 1.000 habitantes)	172	117	97	64
<i>Expectativa de vida (años)</i>				
Hombres	42,0	50,9	55,0	—
Mujeres	40,0	48,1	53,5	—
<i>Promedio de edad de matrimonio (años)</i>				
Hombres	20,8	20,7	21,4	—
Mujeres	16,8	17,2	18,2	—

Fuente: Central Bureau of Statistics, 1995, 2001.

Nota: — = no disponible.

Surgimiento de la planificación familiar, 1959-75

La planificación familiar surgió tanto en el sector público (gobierno) como en el privado. En las siguientes subsecciones se discute cada uno de esos por turno.

Sector público

Los servicios de planificación familiar prestados por el gobierno estuvieron disponibles en 1965, poco después del discurso al parlamento del rey Mahendra apoyando el tercer Plan Quinquenal (1965-70), quien declaró: “Para equilibrar el crecimiento de la población y el producto económico del país, mi gobierno ha adoptado una política de planificación familiar”. El programa de planificación familiar empezó a ofrecer sus servicios en Katmandú y luego se extendió a todo el valle de Katmandú como parte del programa de salud materno-infantil operado por el Departamento de Servicios de Salud (DHS, por sus iniciales en inglés). El recuadro 21.1 presenta una cronología de los principales eventos en relación con la planificación familiar en Nepal.

Recuadro 21.1 *Cronología de los eventos principales*

- 1959: Se funda la Asociación de Planificación Familiar de Nepal.
- 1965: El gobierno empieza a prestar servicios de planificación familiar.
- 1968: Se acelera el programa nacional con la formación de la Junta de Planificación Familiar y Salud Materno-Infantil, presidida por el ministro de salud.
La Agencia para el Desarrollo Internacional de EUA comienza a prestar asistencia.
- 1968-69: Se inician los pagos a proveedores por dispositivos intrauterinos y esterilizaciones y a clientes que la elijan, por tiempo de trabajo perdido.
- 1969: Se establecen 25 oficinas de planificación familiar de distritos.
- 1970: Se instaura el Proyecto Integrado de Desarrollo de Servicios de Salud Comunitaria para prestar servicios de salud, incluida la planificación familiar, por medio de un enfoque integrado.
- 1972: Se agregan 30 oficinas más de planificación familiar de distritos.
- 1973: Se agregan 40 oficinas más de planificación familiar de distritos.
- Mediados de año 70: El Proyecto de Planificación Familiar y Salud Materno-Infantil inicia la esterilización y otros servicios a través de campos móviles y también visitas domiciliarias.
Se ensayan experimentalmente enfoques de campo alternativos.
- 1975: El quinto Plan Quinquenal (1975-80) fija objetivos para reducir la tasa de fecundidad total de 6,3 a 5,8 nacimientos por mujer y la tasa de mortalidad infantil de 200 muertes por cada 1.000 habitantes a 150 durante el periodo del plan.
- 1976: El Fondo de Población de las Naciones Unidas inicia su asistencia. Otros donantes ayudan posteriormente.
Se realiza la primera encuesta representativa nacionalmente como parte de la serie de la encuesta mundial de fecundidad. Encuestas posteriores se realizan cada cinco años.
- 1978: La Nepal Contraceptives Retail Sales Company inicia el mercadeo social de preservativos y píldoras anticonceptivas a través de farmacias y tiendas.
- 1980: El sexto Plan Quinquenal (1980-85) aspira a reducir la tasa de crecimiento de la población a 2,6% anual en 1985 y a 1,2% anual para 2000, y a reducir la tasa de fecundidad total de 5,4 nacimientos por mujer en 1985 a 4,0 para 1990 y a 2,5 para 2000.
- 1982: La Asociación de Planificación Familiar inicia proyectos integrados de pequeña escala para salud, desarrollo agrícola y mejoramiento rural.
- 1987: El gobierno decide que deben integrarse todos los servicios de salud, incluida la planificación familiar, en los 75 distritos. Se reestructura el Ministerio de Salud.
- 1993: Se revierten en gran parte los cambios de 1987.

El programa de planificación familiar se aceleró en 1968 con la formación de una junta semiautónoma, la Junta Nepalesa de Planificación Familiar y Salud Materno-Infantil (FP/MCH, por sus iniciales en inglés), presidida por el ministro de salud. El mandato de la junta fue poner a disponibilidad los servicios de FP/MCH e información en todo el país. Pronto se reorganizó la junta, pasando el director general de servicios de salubridad a presidirla y la conformaba un representante de cada uno de los ministerios de salud, finanzas y educación como miembros, actuando como miembro secretario *ex officio* el jefe del Proyecto Nepalés de FP/MCH. La junta fue responsable de establecer sus propias políticas en el proyecto, inclusive las relativas a recursos humanos y actividades. La implementación de las políticas y actividades de la junta se hicieron a través del Proyecto Nepalés de FP/MCH, que no era autónomo como la junta, sino que administrativamente estaba bajo el Ministerio de Salud.

La expansión del programa de planificación familiar fue gradual fuera del Valle de Katmandú con el establecimiento de 25 oficinas de planificación familiar a nivel de distritos en 1969, 30 más en 1972 y otras 40 en 1973, a través de las cuales varios centros de FP/MCH proporcionaban información y prestaban servicios. Mientras las oficinas de distrito se concentraban en la administración del programa, los centros y clínicas de FP/MCH prestaban los servicios. Dependiendo de la disponibilidad de personal, en la clínica usual de FP/MCH se insertaban dispositivos intrauterinos (DIU), se distribuían píldoras anticonceptivas y preservativos, y se preparaba a pacientes para vasectomías, en adición a realizar actividades de salud materno-infantil (atención prenatal y posnatal). Fuera del entorno de la clínica, los ayudantes de salud fueron los trabajadores clave del programa, realizando visitas domiciliarias para crear demanda y hacer seguimiento de los clientes de planificación familiar. Los ayudantes de salud eran mujeres locales de 20 años de edad o más, con al menos ocho años de escolaridad seguidos de seis semanas de capacitación paramédica (Taylor y Thapa, 1972).

A mediados de los años setenta, el Proyecto Nepalés de FP/MCH empezó a prestar servicios a través de campos móviles, en especial de esterilización (Nepal FP/MCH Project, 1976), y de servicios puerta a puerta utilizando trabajadores de salud localizados en *panchayats* desde mediados de los años setenta en adelante (Nepal FP/MCH Project, 1988).¹

1 Durante la mayor parte del período en discusión, Nepal estaba dividido geográficamente en más de 4.000 *panchayats*, consistiendo cada uno en nueve distritos y cada distrito en una o más aldeas. El sistema de *panchayats* fue también parcialmente político y por eso el término no tiene traducción.

Durante los años setenta, el proyecto experimentó también con varios enfoques para prestar servicios de planificación familiar en zonas rurales. Se ensayaron los siguientes programas experimentales (Gubahju y otros, 1975):

- Uso de trabajadores de campo basados en aldeas con responsabilidades múltiples.
- Uso de equipos de esposos y esposas, y mujeres de mayor edad como trabajadores de planificación familiar.
- Uso de un enfoque intensivo en trabajadores utilizando otros trabajadores de extensión del gobierno y voluntarias mujeres, apoyados por medios de comunicación masiva y campañas educativas.
- Distribución de anticonceptivos utilizando puntos de venta comerciales.
- Ensayos de métodos de prestación de servicios de FP/MCH en zonas de difícil comunicación a causa del terreno.

Una empresa arriesgada experimental, especialmente significativa incluyó un tipo de integración. El programa de planificación familiar se estableció desde un principio con el espíritu de integrar su trabajo con los servicios de salud materno-infantil. Este enfoque se adoptó parcialmente como respuesta a la alta tasa de mortalidad infantil de Nepal, lo cual a su vez llevó a un enfoque mayor en la prestación de servicios para los recién nacidos actuales en lugar de tratar de reducir el número de niños futuros (Taylor y Thapa, 1972).

Así, mientras el programa de planificación familiar recibía atención significativa en los años sesenta y setenta, el gobierno se comprometió también a prestar servicios básicos de salud, que incluían planificación familiar, a nivel de comunidad utilizando un enfoque integrado.² A manera de ensayo, el gobierno empezó a prestar servicios de planificación familiar y otros a través de la División de Salud e Integración Comunitaria del DHS con la idea de integrar todos los proyectos verticales en los dos distritos de Bara y Kaski. Un atractivo de este enfoque fue una posible reducción en los costos administrativos y de prestación de servicios, lo que resultó en una forma de mayor efectividad en costos para prestar servicios en zonas rurales (Justice, 1989). El proyecto piloto fue diseñado y financiado por agencias donantes internacionales.

2 Los servicios básicos de salud, que se ofrecieron por medio de hospitales de distritos y puestos rurales de salud, fueron definidos como vacunación, asistencia a madres durante el embarazo y el parto, cuidado personal y servicios de salud para los niños, asesoría y servicios en anticoncepción, suministro de agua adecuada, segura y accesible, control de sanidad y vectorial, educación en salud y nutrición, diagnóstico y tratamiento de enfermedades simples, primeros auxilios y tratamiento de urgencias y facilidades de remisiones (Justice, 1989).

En el distrito Kaski, se seleccionaron tres puestos de salud para examinar si los trabajadores de malaria podían realizar tareas adicionales, incluido el suministro de información sobre planificación familiar en las visitas domiciliarias. En el distrito de Bara, se dividieron 11 puestos de salud entre 3 a 7 localidades con una población promedio de 5.000 habitantes. Cada localidad contaba con un trabajador de salud para la aldea, que había recibido seis semanas de capacitación en salud y era responsable de prestar servicios médicos ambulatorios, incluyendo información y servicios sobre planificación familiar e información y servicios sobre salud materna básica (atención prenatal, de parto y posnatal). Cada puesto de salud tenía una enfermera-partera auxiliar que prestaba servicios de FP/MCH en el puesto de salud y en las visitas domiciliarias.

Aunque la evaluación de este proyecto piloto reveló problemas en relación con su concepto y su implementación (Justice, 1989), el proceso de integración se extendió a cuatro distritos más en 1975 y después a 23 de los 75 distritos del país, para el año fiscal 1986-87. (El Proyecto FP/MCH fue operativo sólo en 52 distritos.)

Sector privado

La Asociación de Planificación Familiar de Nepal, una organización no gubernamental (ONG) establecida en 1959, fue responsable del trabajo pionero y es todavía una de las mayores ONG de Nepal, proporcionando información y servicios en estrecha colaboración y cooperación con el gobierno. En 1982, la Asociación de Planificación Familiar de Nepal inició la operación de varios proyectos integrados en pequeña escala, los cuales ofrecían información y servicios de planificación familiar y también programas de salud, desarrollo agrícola y mejoramiento rural en distritos seleccionados.

Otras ONG sin ánimo de lucro, locales e internacionales, operaron también en el país, como los clubes de madres, la organización de ex militares, la Cruz Roja de Nepal, el Save the Children Fund USA y el Save the Children UK. Todas estas organizaciones operaron en zonas seleccionadas, cubriendo poblaciones objetivo pequeñas como proyectos piloto y concentrándose en los aspectos educativos y motivacionales de la planificación familiar con componentes limitados de prestación de servicios (píldoras anticonceptivas y preservativos).

En adición, se organizó en 1978 la Nepal Contraceptive Retail Sales Company, una organización no lucrativa de mercadeo social, para distribuir preservativos y píldoras a un costo nominal a través de puntos de venta existentes, como farmacias y tiendas (Hamal, 1986). Después de cuatro años de operaciones, sus productos se ofrecían en 10.000 tiendas en 60 distritos.

Objetivos del Programa Nacional de Planificación Familiar

El programa de planificación familiar se introdujo con el objetivo de equilibrar el crecimiento de la población con el crecimiento económico (Tuladhar, 1989). Cada plan quinquenal contenía objetivos específicos y, al principio del programa, el objetivo fue mantener la población entre 16 y 22 millones de habitantes (Nepal FP/MCH, s.f.). Se fijaron objetivos demográficos en el quinto Plan Quinquenal (1975-80) con el propósito de reducir la tasa de natalidad bruta de 40 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes a 38, y la tasa de mortalidad infantil de 200 muertes por cada 1.000 nacimientos a 150 en el período de cinco años. El objetivo con respecto a la tasa de fecundidad total fue reducirla de 6,3 nacimientos por mujer a 5,8 durante el mismo período.

En el sexto Plan Quinquenal (1980-85) el objetivo fue estabilizar la tasa anual de crecimiento de la población en el 2,6%. Para complementar el plan, el gobierno fijó también el objetivo a largo plazo de reducirla a 1,2% para 2000 y la tasa de fecundidad total de 5,4 nacimientos por mujer en 1985 a 4,0 para 1990 y a 2,5 para 2000 (Pant, 1983).

Más tarde, el gobierno tradujo su objetivo a largo plazo de llegar a una tasa de fecundidad total de 2,5 para 2000 en el número de nuevos aceptantes de planificación familiar, con una combinación de métodos entre las aceptantes de píldoras anticonceptivas (15% de todos los usuarios de anticonceptivos), preservativos (64%), esterilización (20%), DIU (0,4%) e inyectables (0,9%) en 1982/83, con participaciones crecientes a través de los años para todos los métodos, excepto los preservativos, que disminuirían su proporción (Tuladhar, 1989).

Con el tiempo se hicieron cambios adicionales. Para el período de 1997 a 2017, el segundo plan de salud a largo plazo del gobierno (Ministry of Health, 1999) declaró los siguientes objetivos: reducir la tasa de fecundidad total a 3,05 nacimientos por mujer, reducir la tasa de natalidad bruta a 26,6 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes y aumentar el uso de anticonceptivos a 58,2% de las parejas.

Políticas y estrategias para cumplir los objetivos

En los primeros días del programa de planificación familiar, durante el plan 1970-75, la estrategia fue desarrollar infraestructura básica, como construcción de instalaciones, establecer centros administrativos distritales, capacitar paramédicos, desarrollar un sistema de suministros y recopilar datos para la evaluación del programa. La junta de FP/MCH adoptó las cinco estrategias siguientes para tener los servicios disponibles (Nepal FP/MCH, s.f.):

- Integrar los servicios de salud materno-infantil y planificación familiar en todos los puntos de servicio.
- Ofrecer incentivos financieros al personal médico y paramédico de tiempo parcial que prestara servicios de planificación familiar.
- Vender los anticonceptivos a un precio nominal en cuanto fuera posible.
- Distribuir anticonceptivos no clínicos (preservativos) a través de canales comerciales.
- Utilizar equipos móviles para prestar servicios de planificación familiar en lugares remotos según la demanda.

El programa ofreció incentivos tanto a los proveedores del servicio como a los clientes. A los primeros se les hizo pagos en efectivo por esterilizar clientes y por insertar DIU a partir de 1968-69 y a los clientes que recibieran esterilización se les compensaba por salarios o tiempo de trabajo perdido.

Cuando el programa de planificación familiar empezó a madurar y a desarrollar dinámica, sus políticas fueron parte integral de los planes de desarrollo de Nepal, con el enfoque de estimular una norma de familia pequeña mediante programas de educación y empleo (esto es, lidiando con preocupaciones a largo plazo). La intención de los programas de educación y empleo era mejorar la condición de la mujer y reducir la mortalidad infantil.

Asistencia al programa

El programa de planificación familiar empezó con un presupuesto de sólo US\$3.000 en el año fiscal 1966, seguido de US\$369.000 en el año fiscal 1970, US\$639.000 en el año fiscal 1974 y US\$1,04 millones en el año fiscal 1975 (Tuladhar y Stoeckel, 1977). Este programa iniciado por el gobierno recibió apoyo financiero y técnico de la Usaid desde 1968, mientras el Fondo de Población de las Naciones Unidas ofreció apoyo financiero desde 1976 en adelante. La Organización Mundial de la Salud ofreció apoyo técnico para la planificación familiar dirigida hacia la integración de los servicios de salud. Posteriormente, varios socios multilaterales, como el Banco Mundial, ofrecieron también asistencia, lo mismo que otros socios bilaterales como la Agencia Alemana de Cooperación Técnica, el U.K. Department for International Development y la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional. ONG internacionales también participaron activamente, ofreciendo apoyo técnico y financiero al programa.

Estructura organizativa y funciones

Como se explicó, el Proyecto Nepal FP/MCH estaba bajo los auspicios de la Junta Nepalesa de FP/MCH, que era responsable de tener disponibles los servicios e información sobre planificación familiar, realizar investigación y capacitación, y manejar todos los insumos requeridos. Aunque el proyecto estaba bajo la dirección de la junta, administrativamente estaba bajo el Ministerio de Salud y operaba a través de sus estructuras de campo. Así, estaba descentralizado a través de un sistema de cuatro niveles que incluían: a) la oficina central del proyecto, b) 5 oficinas regionales, c) 40 oficinas de distrito trabajando en 52 de los 75 distritos administrativos, y d) 258 clínicas y 2.596 centros basados en *panchayats*.

En los 52 distritos, el proyecto ofrecía servicios de información y planificación familiar a través de sus clínicas, adjuntas a varias entidades de salud existentes, que ya contaban con personal de salud localizados en *panchayats*. En adición al personal residente de las entidades de salud, el Proyecto FP/MCH asignó un mínimo de dos trabajadores de tiempo completo para suministro de información y servicios en actividades de FP/MCH (Tuladhar, 1989).

Cada clínica FP/MCH distribuía preservativos y píldoras anticonceptivas, y suministraba información a quienes llegaban a ella. Al mismo tiempo, las clínicas prestaban servicios de salud materno-infantil, incluyendo información sobre nutrición e higiene. Algunas clínicas estaban adjuntas a hospitales y prestaban servicios adicionales como esterilización, inserción de DIU e inyectables, dependiendo de la disponibilidad de equipos y médicos capacitados. La mayor parte de los trabajadores en actividades de prestación de servicios ofrecían otros de seguimiento en el hogar del usuario y motivación para clientes potenciales en un radio de 3 millas respecto a la clínica donde trabajaban. Clínicas de FP/MCH seleccionadas, en particular las adjuntas a un hospital, operaban clínicas satélites en zonas cercanas para suministrar información sobre FP/MCH y distribuir píldoras y preservativos.

Los centros de salud basados en *panchayats* eran operados por trabajadores de salud, quienes suministraban servicios a domicilio e información y eran también responsables de lo siguiente (Tuladhar, 1989):

- Mantener registros de los pabellones para identificar aceptantes potenciales en las aldeas de los *panchayats* y fechas de aceptación y métodos utilizados por los aceptantes.
- Suministrar información, motivación y educación sobre planificación familiar.
- Distribuir preservativos y píldoras anticonceptivas.

- Distribuir soluciones de rehidratación oral para el tratamiento de la deshidratación resultante de diarrea, así como tabletas de hierro para las madres.
- Proveer educación sobre higiene.
- Remitir madres y niños enfermos a los puestos de salud, centros de salud y hospitales.
- Difundir información sobre los campos de esterilización voluntaria.

El programa de trabajadores basados en *panchayats* fue una característica única del Proyecto FP/MCH. Iniciado primero como proyecto piloto, su éxito se debió principalmente al nombramiento de un trabajador por cada *panchayat*, la supervisión regular por parte de los miembros veteranos del personal, la capacitación y recapacitación regular y un sistema de seguimiento fuerte. El programa se expandió después del éxito del proyecto piloto para atender la necesidad de ampliar los servicios a las cercanías de los usuarios potenciales. Los trabajadores de salud basados en *panchayats* se reclutaban localmente con un contrato anual con la recomendación del *panchayat* de la aldea y eran controlados por los llamados supervisores intermedios, que trabajaban directamente bajo los funcionarios de planificación familiar del distrito.

En 20 de los 75 distritos de Nepal, el programa de planificación familiar estuvo bajo el Proyecto de Salud e Integración Comunitaria del DHS, que se fundó en 1969. En 1970 el proyecto fue transferido a la Junta de Integración constituida en el Ministerio de Salud.

La tarea de integración fue compleja e involucraba varias agencias gubernamentales y no gubernamentales. Fueron necesarias varias clases de mecanismos de coordinación cuando las actividades y recursos del proyecto pasaron de una organización a la otra. En 1987, el gobierno decidió que todos los servicios de salud, incluida la planificación familiar, se prestarían fusionando todos los proyectos verticales de los 75 distritos. Se reestructuró el Ministerio de Salud para acomodar a la mayor parte del personal de los proyectos verticales. Con esa reestructuración, se abolió el Proyecto Integrado de Servicios de Salud Comunitaria y Desarrollo y se convirtió en la División de Salud Pública. Los demás proyectos verticales dejaron de tener una identidad separada en 1990. Los servicios integrados de salud, incluida la planificación familiar, habían estado disponibles a través de las oficinas distritales de salud pública. La implementación de cualquier actividad de planificación familiar la efectuarían las oficinas distritales de salud pública a través de oficinas del directorado regional de salud y la División de Salud Pública.

Bajo la nueva estructura del Ministerio de Salud, se le dio un nuevo papel al Proyecto FP/MCH en relación con la planificación familiar. Los trabajadores de salud basados en *panchayats* fueron gradualmente retirados y reemplazados por trabajadores

de salud de las aldeas, quienes fueron responsables de todos los servicios básicos de salud, incluida la planificación familiar y la salud materno-infantil. El Proyecto FP/MCH se limitó a las siguientes tareas (Nepal FP/MCH Project, 1988):

- Desarrollar políticas y programas para actividades de planificación familiar
- Realizar supervisión y control de actividades de planificación familiar a nivel central.
- Ayudar a implementar las unidades para desarrollar los sistemas de supervisión y control.
- Negociar la asistencia para el programa con los donantes.
- Asistir a los funcionarios locales en el establecimiento de objetivos y programas de planificación familiar a nivel de distrito.
- Proveer apoyo financiero y logístico a funcionarios de salud pública distritales y a las oficinas del directorado regional de salud.
- Ayudar a desarrollar la mano de obra capacitada requerida por el programa.
- Proveer apoyo de información, educación y comunicación.
- Proveer apoyo técnico a las oficinas distritales de salud pública y a las oficinas del directorado regional de salud.
- Evaluar el programa de planificación familiar.

La planificación familiar bajo la estructura actual de servicios de salud

En 1993 se revirtieron los cambios realizados en 1987. Las responsabilidades del DHS incluyen ahora implementar, controlar y supervisar los distintos programas de salud preventiva, promocional, de rehabilitación y curativa. Estas funciones se llevan a cabo a través de las divisiones y centros del departamento, directorados regionales de salud y oficinas distritales de salud.

El programa de planificación familiar se ha incorporado completamente al DHS como uno de los ocho componentes esenciales de la salud reproductiva, todos dentro del contexto del servicio primario de salud (DHS, 1998). La División de Gestión Logística del DHS es responsable de la adquisición, el almacenamiento y la distribución de los artículos de consumo para la salud reproductiva, incluidos los suministros de planificación familiar.

Los servicios de salud reproductiva se prestan en todo el país bajo las directivas del DHS, que presta servicios de salud preventivos y curativos, incluidas las actividades de promoción. El puesto de salud es el primer punto de contacto para los servicios básicos de salud y remisiones, y en la práctica es también el centro de remisiones para los asistentes tradicionales de los partos, las voluntarias de salud comunitaria y

las actividades basadas en la comunidad como vacunaciones y servicios primarios de salud. Cada nivel por encima del puesto de salud es un punto de remisión en una red jerárquica diseñada para asegurar la disponibilidad de los servicios básicos de salud y hacer que los tratamientos menores sean accesibles y económicos. El apoyo logístico, financiero, de supervisión y técnico se presta a cada nivel inferior desde el superior.

Las instituciones participantes de la prestación de servicios básicos de salud en 2001 y 2002 incluyeron 78 hospitales, 188 centros de salud primaria o centros de salud, 608 puestos de salud y 3.129 puestos de salud. A nivel comunitario, Nepal tenía 48.307 voluntarias de salud comunitaria, 15.553 asistentes de parto tradicionales y 14.769 clínicas de alcance de salud primaria. Todas ellas participan en algún grado en la prestación de servicios e información de planificación familiar a los clientes.

Desempeño del programa de planificación familiar

En las últimas cuatro décadas, el programa de planificación familiar ha experimentado muchos desafíos y los ha atendido experimentando con distintas modalidades de servicios, aumentando la cobertura del programa y mejorando la calidad de los servicios. Ha realizado también varios estudios y ha recopilado datos extensos con medios como encuestas nacionales de fecundidad y planificación familiar. En la subsección siguiente se revisa el desempeño el programa con base en las encuestas nacionales. La primera la realizó en 1976 el Proyecto FP/MCH como parte de la serie mundial de encuestas de fecundidad. Posteriormente, se han realizado encuestas de este tipo cada cinco años, a saber: la encuesta de prevalencia de uso de anticonceptivos (1981), la encuesta nepalesa de fecundidad y planificación familiar (1986), y la encuesta demográfica y de salud (1991, 1996, 2001 y 2006).

Conocimiento

El conocimiento es un prerrequisito del cambio de actitudes y el comportamiento y, a semejanza de otros programas nacionales, el de Nepal se centró desde el principio en actividades de información, educación y comunicación. El cuadro 21.2 presenta información sobre el conocimiento de varios métodos de planificación familiar entre las mujeres casadas entre 1976 y 2001. En 1976 sólo el 21,3% de las mujeres casadas conocía al menos un método de planificación familiar. La cifra aumentó notoriamente a más del 50% en 1981 y al 99% en 2001. El conocimiento sobre métodos temporales y permanentes aumentó durante el período. Los incrementos porcentuales fueron mayores entre 1986 y 1991 para todos los métodos. Esto sugiere que las actividades de información, educación y comunicación fueron más intensas y eficaces

en ese período. Entre los métodos modernos, los más conocidos son la esterilización (masculina y femenina), seguida por los inyectables, la píldora y los preservativos. El DIU está entre los menos conocidos, aun cuando fue uno de los primeros métodos modernos introducidos en el programa.

Cuadro 21.2 Conocimiento de métodos de planificación familiar, años seleccionados. Porcentaje de mujeres casadas que conoce cada método moderno de anticoncepción

Método	1976	1981	1986	1991	1996	2001
Cualquier método moderno	21,3	51,9	55,9	92,7	98,3	99,5
Esterilización femenina	13,0	44,4	51,2	88,8	96,3	99,1
Esterilización masculina	15,7	38,1	43,1	85,3	89,7	98,2
Píldora	12,0	25,1	27,8	65,8	80,5	93,4
DIU	6,0	8,4	6,7	24,1	35,9	54,7
Inyectable	n.a.	9,0	13,5	64,7	85,0	97,3
Preservativo	4,8	13,6	16,8	51,6	75,3	91,0
Implante	n.a.	n.a.	n.a.	34,6	57,3	79,8
Diafragma, espuma, gelatina	n.a.	n.a.	n.a.	19,0	28,3	40,2

Fuente: para 1976-96: Encuesta Nepalesa de Salud Familiar, 1996 (cuadro 4.2); para 2001: Encuesta Demográfica y de Salud de Nepal, 2001 (cuadro 5.1).

Nota: n.a. = no aplicable.

Uso actual

De 1976 a 2001, el porcentaje de mujeres casadas usando anticonceptivos modernos aumentó de 2,9 a 38,9 (cuadro 21.3), un incremento anual promedio de 1,44 puntos porcentuales por año, y un ritmo relativamente impresionante comparado con la experiencia internacional. La esterilización femenina continúa siendo el método predominante. Al principio del programa, éste ofrecía a las parejas sólo cuatro métodos modernos de anticoncepción: la esterilización, femenina y masculina, la píldora, el DIU y el preservativo. El inyectable ha venido a ser importante desde entonces y el implante también está disponible, mientras el uso del DIU ha permanecido bajo. En 2001, los métodos más generalmente usados fueron la esterilización femenina (16,5%), inyectables (9,3%) y esterilización masculina (7,0%). Los métodos tradicionales no son populares en Nepal.

Cuadro 21.3 *Uso de métodos anticonceptivos modernos, años seleccionados. Porcentaje de mujeres casadas que usa métodos modernos de anticoncepción*

Método	1976	1981	1986	1991	1996	2001
Cualquier método moderno	2,9	7,6	15,1	24,1	28,8	38,9
Esterilización femenina	0,1	2,6	6,8	12,1	13,3	16,5
Esterilización masculina	1,9	3,2	6,2	7,5	6,0	7,0
DIU	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,4
Píldora	0,5	1,2	0,9	1,1	1,5	1,8
Inyectable	0,0	0,1	0,5	2,3	5,0	9,3
Preservativo	0,3	0,4	0,6	0,6	2,1	3,2
Implante	n.a.	n.a.	n.a.	0,3	0,5	0,7

Fuente: Ministerio de Salud, New ERA y ORC Macro, 2002.

Arrepentimiento de la esterilización y calidad del servicio

La esterilización ha sido, y continúa siendo, el mayor método en el impulso del programa de planificación familiar. Los campos móviles de esterilización se organizan en todo el país cada año y los esterilizados reciben una compensación financiera. Casi dos tercios de los usuarios de anticonceptivos (el 60%) utilizan la esterilización (masculina o femenina). El grado de arrepentimiento por la esterilización puede servir como indicador de la calidad del servicio (elección informada, elección de método, consejería y prestación de servicio de buena calidad) del programa. El arrepentimiento general por la esterilización entre las mujeres casadas esterilizadas o cuyo esposo está esterilizado es de alrededor del 8% según la encuesta de 2001. El porcentaje fue ligeramente mayor en 1996 (9%). (Estudios internacionales anteriores han indicado que el arrepentimiento por la esterilización oscila entre 7% y 17%.³ Ambas encuestas, la de 1996 y la de 2001, sugirieron que el arrepentimiento por la esterilización se debió a efectos colaterales después del procedimiento. Las reducciones en el arrepentimiento por esterilización y arrepentimiento por efectos colaterales entre 1996 y 2001, aunque pequeñas, sugieren que pudo haber mejorado ligeramente la calidad del servicio durante el período.

Los usuarios de planificación familiar son en gran parte dependientes del sector público para los servicios y suministros (cuadro 21.4). Entre 1996 y 2001, hubo sólo

3 Para todos esos estudios, véase http://www.engenderhealth.org/res/offc/steril/factbook/pdf/chapter_5.pdf#search=%22Philliber%20and%20Philliber%22C%201985%22.

Cuadro 21.4 Fuentes de suministros para usuarios de métodos modernos, 1996 y 2001. Porcentajes de usuarios de métodos modernos de anticoncepción

Método	Pública		Médica privada		Otra privada	
	1996	2001	1996	2001	1996	2001
Esterilización femenina	87,7	85,8	9,1	6,8	3,1	7,3
Esterilización masculina	85,2	84,6	11,1	11,7	3,8	3,7
Píldora	39,7	55,3	36,4	7,6	23,9	37,2
DIU	60,8	65,4	29,2	11,2	10,0	23,4
Inyectable	85,9	86,0	13,5	5,1	0,6	9,0
Preservativo	34,1	46,0	38,3	4,2	27,7	49,8
Implante	87,6	51,5	12,4	42,3	—	6,2

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 1996 y 2001.

Nota: — = no disponible.

pequeños cambios en las proporciones de usuarios que recibieron servicios y suministros del sector público, salvo en el caso de la píldora, el preservativo y el implante.

Disponibilidad y accesibilidad

El acceso a la anticoncepción ha mejorado con el tiempo debido a la expansión de las instituciones de salud y el mayor número de voluntarias de salud comunitaria, que distribuyen anticonceptivos, especialmente preservativos y píldoras. De acuerdo con la información disponible, en 1976, la mitad de las mujeres casadas respondió que tardaron más de un día en llegar a un punto de prestación de servicios, lo que mejoró a dos horas o más en 1991 y luego a 30 minutos en 2001 (Thapa y Pandey, 1994).

Necesidad insatisfecha

La demanda de planificación familiar es bastante alta con base en el nivel de uso actual más el de necesidad insatisfecha. Ésta se define como aquellos que dicen no desear más hijos o desean esperar dos años o más para tener otro, pero no usan anticoncepción. En la encuesta de 2001, la necesidad insatisfecha de planificación familiar era aproximadamente 28%, 11% para espaciamiento y 16% para quienes no deseaban más hijos. Al mismo tiempo, la encuesta reveló una brecha sustancial entre la tasa de fecundidad total deseada (2,5 nacimientos por mujer) y la tasa de fecundidad total real (4,1 nacimientos por mujer). Esto implica que las mujeres nepalesas

desean menos hijos de los que están teniendo. Podrían evitarse más embarazos no deseados con un programa de planificación familiar más agresivo.

Conclusión

El programa de planificación familiar de Nepal ha formado parte de los planes nacionales económicos quinquenales, con sus objetivos de reducción de la fecundidad. El enfoque ha estado en la fecundidad marital y el uso de anticonceptivos, en forma distinta a los cambios en la edad para el matrimonio o el uso del aborto inducido. Aunque es difícil de evaluar el impacto del programa, el país ha venido progresando en la reducción de la fecundidad y el aumento de uso de anticonceptivos, con mayor conciencia pública y mejor accesibilidad a servicios de planificación familiar, que todavía son en gran parte prestados por instituciones de salud del gobierno. La encuesta nacional de 2006 reveló avances notables: la tasa de fecundidad total cayó de 4,1 en 2001 a 3,1 en 2006, y 44% de las mujeres casadas usaba un método moderno, por encima del 26% en 1996 y el 35% en 2001. No obstante, la demanda y la necesidad insatisfecha son aún altas y deben expandirse los servicios y mejorar su eficacia para reducir aún más los embarazos no deseados.

Algunas enseñanzas son las siguientes:

- La temprana decisión del programa de enfocarse en desarrollar infraestructura básica, tal como instalaciones físicas y recursos humanos, contribuyó a acelerar la implementación de los servicios en los años siguientes.
- Los numerosos programas experimentales iniciados en forma temprana ayudaron en la búsqueda de mecanismos efectivos para mejorar el desempeño.
- La integración de la planificación familiar a los servicios generales de salud en los años setenta, aunque en teoría un buen concepto, ocurrió demasiado pronto, posiblemente obstaculizando la aceleración del programa por una disolución de los recursos humanos.
- La participación del sector privado y de las ONG fue insuficiente hasta 1990, quizás debido a un entorno político y económico no conducente antes de ese tiempo (se estableció una democracia multipartita en 1990).

Referencias

Central Bureau of Statistics. 1995. *Population Monograph of Nepal*. Katmandú: Central Bureau of Statistics.

- _____. 2001. *Population Census 2001 of Nepal*. Provisional Population Report 2001. Katmandú: Central Bureau of Statistics.
- DHS (Department of Health Services). 1998. National Reproductive Health Strategy. Katmandú: Family Health Division of Department of Health Services, Ministry of Health.
- Gubahju, B., B. R. Pande, J. Tuladhar y J. Stoeckel. 1975. "Experimental Family Planning Program in Nepal." Documento presentado en el "Seminar on Population, Family Planning and Development in Nepal," University of California, Berkeley, septiembre 24–29.
- Hamal, Hem B. 1986. *Marketing Family Planning in Nepal: A Study of Consumers and Retailers*. Kathmandu: Nepal Contraceptive Retail Sales Company.
- Justice, Judith. 1989. *Policies, Plans and People—Foreign Aid and Health Development: Comparative Studies of Health Systems and Medical Care*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Ministry of Health. 1999. "Executive Summary." En *Second Long-Term Health Plan: 1997–2017*. Katmandú: Ministry of Health.
- Ministry of Health, New ERA y ORC Macro. 2002. *Nepal Demographic and Health Survey 2001*. Calverton, MD: Ministry of Health, Family Health Division; New ERA y ORC Macro.
- Nepal FP/MCH (Family Planning/Maternal and Child Health) Project. 1976. *Annual Report: 1975–76*. Katmandú: His Majesty's Government, Ministry of Health.
- _____. 1988. *Workplan for Family Planning Activities*. Katmandú: His Majesty's Government, Ministry of Health.
- _____. s.f. "Draft of Fourth Five-Year Plan." Monografía, His Majesty's Government, Katmandú.
- Pant, Yadav P. 1983. *Population Growth and Employment Opportunities in Nepal*. Nueva Delhi: Oxford University Press e IBH Publishing.
- Taylor, Daniel y Rita Thapa. 1972. *Nepal*. Country Profiles Series. Nueva York: Population Council.
- Thapa, Shyam y Kalyan R. Pandey. 1994. "Family Planning in Nepal: An Update." *Journal of the Nepal Medical Association* 32 (111): 131–43.
- Tuladhar, Jayanti Man. 1989. *The Persistence of High Fertility in Nepal*. Nueva Delhi: Inter-India Publications.
- Tuladhar, Jayanti Man y John Stoeckel. 1977. "Nepal." En *Family Planning in the Developing World: A Review of Programs*, ed. Walter B. Watson. Nueva York: Population Council, 35.

VI

África subsahariana

Planificación familiar en Ghana

John C. Caldwell y Fred T. Sai

De todas las regiones del mundo en desarrollo, la reducción de la fecundidad y los programas de planificación familiar llegaron en último término al África subsahariana. Hay buenas razones para eso. De hecho, fundaciones y gobiernos, y por consiguiente programas de asistencia técnica, dudaron del valor de introducir programas de población a la región en los años sesenta –cuando los países eran pobres–, la actitud era mayoritariamente pronatalista y la independencia era reciente.

El primer programa del Population Council en Ghana sucedió en gran parte por accidente, pero Ghana resultó ser un entorno afortunado. Fue la primera colonia europea de África subsahariana en obtener la independencia, desde 1957. Era también relativamente rico, exportando grandes cantidades de cocoa, oro, bauxita, diamantes industriales y caoba. A principios de los años sesenta, su gasto en educación como proporción del ingreso nacional era el más alto del mundo. El país no tenía serios conflictos étnicos ni demandas para dividirse en naciones separadas. Sobre todo, la actitud modernizante era generalizada, tanto con el presidente Kwame Nkrumah como con regímenes posteriores. Ciertamente las ideas socialistas de Nkrumah lo llevaron a oponerse a programas de planificación familiar, pero no a la investigación demográfica que implicaba la necesidad de tales programas.

Ghana había sido una colonia británica y, en contraste a las colonias belgas, francesas, portuguesas y españolas, no tenía historia de pronatalismo oficial o intentos de impedir la venta de anticonceptivos (Caldwell, 1966). De hecho, los funcionarios europeos y los negociantes que trabajaban o vivían en Ghana podían adquirir preservativos, diafragmas, gelatina y tabletas de espuma libremente antes de la interferencia de Nkrumah. En adición, en un tiempo en que las iniciativas de planificación familiar provenían principalmente de países de habla inglesa, era ventajoso que el inglés fuese el idioma oficial. No sólo era probable que los primeros funcionarios del Population Council o la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional fueran a países de

habla inglesa, sino también los primeros representantes del Pathfinder Fund y la Federación Internacional de Planificación de la Familia.

Al mismo tiempo, una serie de factores inclinó poderosamente la balanza hacia el lado opuesto (Caldwell, 1968a, 1968b; Oppong, 1977; Galway, 1994). Las familias africanas, al menos en las zonas rurales, solían beneficiarse de su gran tamaño: la familia era la unidad de producción para el trabajo agrícola y se consideraba a los niños como una forma de riqueza y un seguro para la ancianidad. Se daba importancia a la fecundidad femenina y se consideraba a los hijos como garantía de descendientes y posible reencarnación de los ancestros. Los países africanos recién independizados demostraron entusiasmo para desarrollar y promover el crecimiento nacional tanto en términos de la economía como de la población. De hecho, hasta 1960, el conocimiento de las tendencias demográficas era escaso en África subsahariana (Brass y otros, 1968; Gaisie, 1969, 1975; Gaisie y Jones, 1970). Se había realizado un censo en Ghana en 1948, pero se sospechaba que el recuento de la población no estuvo completo. Como en la mayor parte de África, Ghana no tenía estadísticas vitales completas.

En estas circunstancias, la prioridad clara era la necesidad de conocimiento demográfico. Así, el movimiento de población internacional sólo tenía la alternativa de hacer énfasis en la demografía y no en la planificación familiar. Visto en retrospectiva, el énfasis fue el correcto porque familiarizó a muchas personas en Ghana con las preocupaciones sobre la población. Al cambiar el régimen, se había generalizado el conocimiento sobre la población y también la pericia.

El recuadro 22.1 presenta una cronología de los eventos principales relacionados con la planificación familiar en Ghana.

Inicios, 1959-66

El primer paso fue la decisión del presidente Nkrumah de aceptar la proposición de las Naciones Unidas de que Ghana debía participar en la ronda de censos nacionales de 1960, lo que estaba de acuerdo con su punto de vista modernizante y estuvo decidido a que Ghana debería realizar el primer censo moderno africano. Lo facilitó la existencia de una buena oficina de estadística dirigida por un graduado en economía muy capaz, Emmanuel N. Omaboe, cuyos cargos posteriores incluyeron los de jefe del ministerio responsable del programa de planificación familiar. Además, la ONU proporcionó un experto en censos, el doctor Benjamín Gil, quien se encontraba en licencia del servicio estadístico de Israel. Gil respondió al reto y manejó la operación del censo con un solo propósito. Aunque tendía a considerar al personal del programa de demografía en la Universidad de Ghana como desleal si actuaba con independencia académica, en especial si su investigación se encaminaba a poner a

Recuadro 22.1 *Cronología de eventos principales*

- 1957: Ghana obtiene su independencia del Reino Unido y se convierte así en la primera colonia europea independiente de África subsahariana.
- 1959: St. Clair Drake visita al presidente Nkrumah y estimula la creación de un programa demográfico, provisto más tarde por el Population Council con asesores residentes, de 1960 a 1966.
- Finales de los años 50: Nkrumah decide que debe incluirse a Ghana en la ronda de censos de 1960 patrocinada por las Naciones Unidas.
- 1962: Se cuenta con los datos del censo para su análisis e información para desarrollo de políticas e instrucción demográfica.
- 1964: En el Plan de Desarrollo a Siete Años (1964-70) se anota que puede ser excesivo el crecimiento de la población nacional.
- 1965: Ghana participa en dos conferencias internacionales clave, una en Ginebra auspiciada por el Population Council y la Fundación Ford, y otra en Belgrado auspiciada por las Naciones Unidas y la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población.
- 1965-66: Inician contactos regulares los representantes de la Federación Internacional de Planificación de la Familia y otras agencias internacionales.
- 1966: Representantes de Ghana participan en la primera Conferencia Africana de Población en Ibadán, Nigeria.
Se estima que la tasa de fecundidad total tiene el valor extremadamente alto de 7,0 nacimientos por mujer y la de crecimiento de la población de un 3,0% anual.
- 1966: Con un golpe militar en febrero termina el gobierno de Nkrumah.
- 1967: Se funda la Asociación de Planificación de la Familia de Ghana con el objetivo, entre otros, de hacer cabildeo por una política y programa de planificación familiar.
- 1967: Ghana firma la Declaración sobre Población de líderes mundiales y es el primer gobierno de África subsahariana que lo hace.
- 1968: Se publica el Plan Bienal de Desarrollo (1968-70), que promete una política nacional de población.
- 1969: Se emite el documento de política oficial, *Population Planning for National Progress*, en el que se esboza un conjunto general de objetivos demográficos y sociales, incluyendo programas de asesoría y asistencia a parejas que deseen espaciar o limitar su reproducción.
- 1970: Inicia su trabajo la nueva Administración de Planificación Familiar. Kenia es el único otro país de África subsahariana en que se había iniciado tal actividad.
- Primeros años 70: El Programa Nacional de Planificación Familiar toma forma bajo un secretario formal diseñado para incluir y coordinar varios ministerios, entre ellos el Ministerio de Salud. La coordinación funciona sólo en forma parcial.
- 1972: El Proyecto Danfa de Salud Integral y Planificación Familiar se expande con un diseño experimental para ensayar cuatro programas de campo alternativos en colaboración con la Universidad de California en Los Ángeles.

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación recuadro 22.1)

- | | |
|-------|--|
| 1974: | Se celebra una conferencia internacional en Bucarest que estimula extensiones del Programa Nacional de Planificación Familiar más allá de las mujeres casadas. |
| 1985: | Se libera la Ley de Aborto, pero no se le da mucha publicidad, por lo que los abortos inseguros continúan causando una sustancial mortalidad materna. |
| 1986: | Llega a Ghana el VIH/SIDA. |
| 1998: | Se estima que la tasa de fecundidad total ha caído a 4,4 nacimientos por mujer, aunque probablemente permanece estable en los cinco años siguientes. |
| 2003: | Una encuesta nacionalmente representativa revela que el 25% de las mujeres casadas usa un método anticonceptivo y el 19% un método moderno. Existen grandes diferenciales entre zonas rurales y urbanas en relación con la fecundidad, como también entre zonas del norte y el sur en el uso de anti-conceptivos y la fecundidad. Nacionalmente, la fecundidad ha caído en forma sustancial. |

prueba la exactitud del censo, al mismo tiempo los datos del censo eran invaluable para el programa de enseñanza cuando tales datos progresivamente estuvieron disponibles desde 1962. Infortunadamente, la compleja encuesta de pos-enumeración no se reconcilió fácilmente con el censo mismo y no estuvo disponible para el análisis hasta 1971.

El programa del Population Council de la Universidad de Ghana en Legon, en las afueras de Accra, empezó más bien por accidente. El eminente sociólogo y profesor afroamericano St. Clair Drake, autor del famoso estudio *Black Metropolis* (Drake y otros, 1993) y profesor de sociología en Roosevelt University en Chicago, visitó a Nkrumah en 1959. Él estaba estudiando cine en África occidental y visitó a Nkrumah, antiguo compañero de habitación suyo en una universidad estadounidense. Nkrumah presumía del censo de primera clase que se encontraba en preparación y Drake aconsejó que para analizarlo la universidad necesitaría demógrafos y debía capacitarse personal de Ghana en esa disciplina. Visitó el Population Council en Nueva York a su regreso a Estados Unidos con el fin de buscar ayuda para el reclutamiento y la financiación. El Consejo acordó una ayuda parcial en parte porque Frank Lorimer, quien se encontraba en la American University en Washington, D.C., pero tenía también vínculos con la Oficina de Investigación sobre Población en la Universidad de Princeton, había estado urgiendo al consejo a enviarlo a África para una investigación preliminar sobre quién y qué estaría disponible para el proyecto africano de Princeton que eventualmente produjo *The Demography of Tropical Africa* (Brass y otros, 1968).

De 1960 a 1966, el Population Council envió sucesivamente cuatro demógrafos a enseñar en la Universidad de Ghana. Los enviados eran estudiantes graduados con becas del Population Council en universidades del exterior para obtener posgrados (inicialmente en Princeton, la London School of Economics y la Australian National University). Los cuatro demógrafos fueron Jack Caldwell de la Australian National University; Lorimer; Dov Friedlander de la London School of Economics y Ian Pool, un PhD graduado de la Australian National University. Lorimer se concentró en el proyecto planeado de Princeton, pero los otros tres, mientras esperaban los datos del censo, realizaron investigaciones de campo, planeándolas como proyectos de curso y empleando estudiantes de demografía como trabajadores de campo (Pool, 1970).

Caldwell tuvo dos asignaciones adicionales. La primera fue una solicitud de la ONU para ayudar a instaurar un centro de capacitación demográfica en idioma inglés de esa entidad (que se aplazó durante algunos años cuando recurrió a los capacitados en el programa de la Universidad de Ghana). La segunda fue una solicitud para contribuir a la elaboración del libro *A Study of Contemporary Ghana* (Birmingham, Neustadt y Omaboe, 1967). Este proyecto fue auspiciado por la Academia de Ciencias de Ghana, financiado por la Fundación Ford y se le dio alta prioridad por solicitud del presidente Nkrumah. El primer volumen se concentró en la economía, mientras el segundo lo hizo en la sociedad de Ghana. Más de tres cuartas partes del segundo volumen se dedicaron a la demografía y surgieron en gran parte del análisis realizado como parte del trabajo del curso en el programa de investigación del Population Council y de los primeros datos del censo. El estudio fue importante porque muchos de los estudiantes participantes formaron después parte del personal clave del programa de planificación familiar de Ghana y porque se utilizó intensamente durante la preparación del documento de planeación que llevó al Programa Nacional de Planificación Familiar (Government of Ghana, 1969).

Muchos de los participantes en el estudio también lo hicieron en la primera Conferencia Africana de Población en Ibadán, Nigeria, en 1966 y publicaron sus artículos en el volumen siguiente (Caldwell y Okonjo, 1968). Otras influencias importantes incluyeron visitas de dirigentes de la Federación Internacional de Planificación de la Familia y del Pathfinder Fund, como también dos conferencias internacionales celebradas en 1965, una en Ginebra sobre Planificación Familiar y Programas de Población patrocinada por el Population Council y la Fundación Ford (Berelson y otros, 1966) y la otra, la Conferencia Internacional sobre Población, en Belgrado, y patrocinada por la ONU y la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (Smith, 1968).

Se solicitó a Caldwell (1966, 1968b) preparar informes para las conferencias y el escribió a los líderes africanos en busca de información sobre sus políticas de población. Nkrumah conformó un comité presidido por Omaboe para responder a la

solicitud de Caldwell. Este comité se reunió brevemente y replicó que el gobierno de Ghana no tenía intención de instaurar un programa de planificación familiar, pero hizo constar que el crecimiento de la población podría ser muy alto, según se expresó en el primer borrador de *A Study of Contemporary Ghana* (Birmingham, Neustadt y Omaboe, 1967) y en el Plan de Desarrollo a Siete Años del gobierno (1964-70) (Government of Ghana, 1964). Para este tiempo, Nkrumah había prohibido la importación de todos los anticonceptivos y los médicos que los suministraban lo hacían en forma clandestina.

Este comité se renovó después de la caída de Nkrumah y llegó a conclusiones muy distintas sobre la planificación familiar. *A Study of Contemporary Ghana*, la encuesta mundial de fecundidad, otra encuesta (Gaisie, 1969) y los datos históricos publicados con las proyecciones de población de la ONU llegaron a una conclusión demográfica similar, a saber, que la tasa de fecundidad total de Ghana estaba en unos 7,0 nacimientos por mujer por lo menos hasta los años sesenta y su tasa de crecimiento de la población había probablemente llegado al 3% anual. Esta era la situación cuando, en febrero de 1966, un golpe militar destituyó a Nkrumah y lo reemplazó con el Consejo de Liberación Nacional.

Política y diseño de políticas, 1967-70

Aun cuando el golpe fue dirigido por los militares y el Consejo de Liberación Nacional lo presidía el general Joseph Ankrah, el gobierno incluía civiles, siendo Omaboe responsable de la poderosa cartera de economía. Antes de la destitución de Nkrumah, un pequeño grupo de ghaneses dirigido por el doctor M. A. Barnor había venido trabajando calladamente para establecer una asociación voluntaria de planificación familiar. La asociación, Asociación de Planificación de la Familia de Ghana, se fundó en 1967 y uno de sus objetivos era hacer cabildeo en busca de una política y programa de planificación familiar. Omaboe no necesitaba que se le convenciera.

En 1967, el gobierno firmó la Declaración sobre Población de Líderes Mundiales y fue el primer gobierno de África subsahariana en hacerlo. En 1968, publicó su Plan Bienal de Desarrollo, que prometió una política nacional de población. El Consejo de Liberación Nacional era un organismo modernizante, pero también una administración en crisis que debía atender el problema de la recesión económica y estaba determinado a ser estrictamente racional en términos de sus políticas. Conformó un nuevo comité, presidido por Omaboe, para preparar los planes para un programa de planificación familiar. La Fundación Ford proporcionó un asesor a corto plazo, el señor Francis Sutton, y uno a largo plazo, el señor A. S. David, ambos adjuntos a la Universidad de Ghana (Harkavy, 1995). La Fundación Ford prestó también asistencia

al comité y para el establecimiento del Programa Nacional de Planificación Familiar a través de Lyle Saunders y Gordon Perkin, quienes trabajaron directamente con el comité, regresando Perkin después de la promulgación de la política para una asignación a largo plazo con el programa. La Asociación de Planificación de la Familia de Ghana estuvo representada en el comité por Fred T. Sai, profesor de medicina social y preventiva en la Escuela de Medicina de la Universidad de Ghana.

En marzo de 1969, el gobierno produjo un documento de política, *Population Planning for National Progress*, que publicó el gobierno civil siguiente y la Administración de Planificación Familiar empezó su trabajo en 1970. Su único antecesor en el África subsahariana independiente fue Kenia. El Consejo de Liberación Nacional trasladó el poder a un gobierno elegido democráticamente en 1970, pero tanto este gobierno como los siguientes mantuvieron el Programa Nacional de Planificación Familiar como institución nacional y su existencia nunca fue cuestionada. Infortunadamente, el liderazgo fuerte y elocuente que se requería para el éxito de tal programa no estuvo a la vista en ninguno de los gobiernos (Armar, 1975; Armar y David, 1977; Gaisie, Addo y Jones, 1975; Government of Ghana, 1969; Hollander, 1995; Jones, 1972; Stanback y Twum-Baah, 2001; Unfpa, 1985).

La política de población de Ghana recibió una aclamación internacional generalizada por su integridad y audacia, y la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional la utilizó como ejemplo para muchos países.

Elementos de políticas

Los elementos básicos del documento de políticas del gobierno pueden resumirse como sigue (Armar y David, 1977; Gaisie y Jones, 1970):

- Las políticas y programas serían parte integral de la planeación económica y las actividades de desarrollo.
- La búsqueda vigorosa de formas para reducir las altas tasas de morbilidad y mortalidad serían un aspecto importante de la política y los programas de población.
- Se fijarían objetivos específicos y cuantitativos de población con base en datos demográficos confiables y la determinación de tendencias demográficas.
- El gobierno estimularía y emprendería programas para suministrar información, asesoría y asistencia a las parejas que desearan espaciar o limitar su reproducción para que lo hicieran de forma segura y efectiva.
- El gobierno buscaría estimular y promover empleo productivo y lucrativo para la mujer; acrecentar la proporción de niñas que ingresen al colegio y terminen

los estudios; desarrollar una variedad más amplia de roles no domésticos para la mujer y examinar la estructura de prerequisites y beneficios oficiales y, de ser necesario, cambiarlos de forma que minimicen su influencia pronatalista y maximicen sus efectos antinatalistas.

- El gobierno adoptará políticas y establecerá programas para guiar y regular el flujo de migración interna y la influencia de la distribución espacial de la población en interés del progreso del desarrollo y también reducirá la escala y tasa de inmigración en interés del bienestar nacional.
- El gobierno hará provisiones para establecer y mantener contacto regular con otros programas de población en el mundo por medio de mayores relaciones con organizaciones internacionales públicas y privadas preocupadas con los problemas de población.

Estructura del programa

Dado que el África subsahariana introdujo los programas de planificación familiar después de Asia y África septentrional, y puesto que el Consejo de Liberación Nacional había sido metódico en su planeación, el programa de Ghana incorporó muchas características que habían demostrado funcionar bien en otras partes. El programa tendría un consejo general, el Consejo Nacional de Planificación Familiar, conformado por representantes superiores de las agencias principales y organizaciones de la sociedad civil que trabajaban en planificación familiar y asuntos relacionados. Una característica fue la de que el funcionario de alto nivel de cada agencia participante interactuaría en forma regular con el secretariado para asegurar que la agencia llevara a cabo sus funciones asignadas. El consejo proveería orientación de políticas y supervisaría al Secretariado Nacional de Planificación Familiar. También se asumía que los miembros del consejo asegurarían que se actuara apropiadamente sobre las políticas y programas acordados y que tuvieran el apoyo de las organizaciones que representaban. Las actividades cotidianas quedaron en manos del secretariado (Armar y David, 1977), cuyas actividades principales eran la planeación, la coordinación, la evaluación y la financiación. Tal estructura demandaba la disposición de las agencias de aceptar responsabilidades y actuar de conformidad con ellas. Infortunadamente, las agencias tenían a menudo otras prioridades y sin financiación adicional adecuada, no siempre realizaban las actividades de planificación familiar en forma satisfactoria. El mismo secretariado fue a menudo demasiado ambicioso y no separó la coordinación de la implementación en todas las circunstancias, situación que causó conflictos innecesarios. De modo que, en la práctica, la estructura funcionó sólo parcialmente.

El Ministerio de Finanzas y Planeación Económica dominó la estructura original del Programa Nacional de Planificación Familiar. Intentó que el Ministerio de Salud participara en forma completa, pero sólo tuvo un éxito parcial. El propósito era reunir a todos los ministerios y organizaciones privadas mediante el establecimiento de un programa nacional de planificación familiar bien definido asesorado por el Consejo Nacional de Planificación Familiar con representantes de una amplia variedad de organizaciones oficiales y privadas.

Inicialmente, el programa proveyó anticonceptivos para su distribución a tres grupos: hospitales y centros de salud del gobierno; clínicas privadas de planificación familiar, y puntos de venta de la Ghana National Trading Corporation, formada anteriormente por la nacionalización de Leventis Stores, una red minorista panafricana de propiedad griega. Su propósito fue primero impedir el aumento de la tasa de la población natural y después reducirla. Esta fue una lucha difícil debido a la declinación de las tasas de mortalidad, pero el aumento natural de la población fue probablemente de menos de 2,5% por año en 1970 (Agyei-Mensah, Aase y Awusabo-Asare, 2003; Agyei-Mensah y Casterline, 2003; Central Bureau of Statistics, 1983; Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research y ORC macro, 2004; Tabutin y Schoumaker, 2001; U.S. Bureau of the Census, 1997). Sin embargo, la fecundidad disminuyó, bajando la tasa de fecundidad total de cerca de 7,0 nacimientos por mujer en 1970 a 4,4 en 1998; pero parece haberse estancado después, ya que la cifra para 2003 era casi la misma. Además, en contraste con la situación de gran parte de la región de África occidental, la fecundidad estaba cayendo en Ghana tanto en las zonas rurales como en las urbanas. En 2003, la tasa de fecundidad total rural bajó a 5,6 nacimientos por mujer y en Accra fue menor de 3,0. No obstante, fueron evidentes diferencias grandes en la fecundidad entre las zonas rurales y urbanas y entre distintos niveles educativos. La disminución la había impulsado la élite urbana, que en la capital estaba bajo el nivel de reemplazo en 2003. Este grupo se había preocupado por los costos de educar familias grandes durante décadas y varios estudios en los años sesenta habían mostrado que actuaba para limitar el tamaño de sus familias (Agyei-Mensah, Aase y Awusabo-Asare, 2003; Caldwell, 1968a; Oppong, 1977; Pool, 1970).

La evaluación del programa ha arrojado resultados mixtos. Muchos observadores internos piensan que pudo haber logrado más dado el entorno y los recursos disponibles. Otros, principalmente observadores externos, piensan que se hizo lo suficiente como fundamento para el éxito en el futuro. Tal vez las evaluaciones dependan de si los observadores se fijaban sólo en la fecundidad o en los cambios en las percepciones públicas y otras variables que podrían preceder la reducción de la fecundidad. Que ésta no haya caído apreciablemente en los primeros años no fue solamente falla del programa, sino que puede deberse en gran parte a la demanda limitada, si bien

umentando lentamente. Casi con certeza, la última reducción en la fecundidad no habría sucedido cuando lo hizo, sino hubiera sido por la familiarización con los anticonceptivos que tuvo lugar en los años setenta. Los aspectos de comunicación y prestación de servicios del programa pudieron haber funcionado mejor con apoyo político más fuerte. El programa ha sido evaluado con frecuencia y ha sido el primero en mostrar limitaciones por falta de presupuesto y otras restricciones. El modelo básico ha permanecido intacto mientras el programa ha tratado de atraer más médicos, enfermeras, parteras y minoristas privados.

El Programa Nacional de Planificación Familiar aprendió de la experiencia de otros países en los años sesenta. Por ejemplo, organizó cursos de capacitación apropiados para todos los participantes en el programa. A este respecto, son relevantes otros dos puntos. Primero, el programa estuvo actualizado en su punto de vista de que la planificación familiar era más que un servicio de salud y por eso no debía ser operado por el Ministerio de Salud. Esta decisión permitió que muchos otros ministerios proveyeran información y prestaran servicios. Sin embargo, al mismo tiempo esto significó que el Ministerio de Salud no considerara las actividades de planificación familiar del personal oficial de salud, especialmente de los médicos, como de gran importancia en las evaluaciones de personal, especialmente para las promociones. De ahí que muchos trabajadores oficiales de salud trabajaran a ritmo lento cuando se trataba de tales actividades.

Segundo, aun cuando el programa se encaminó a enfatizar el suministro de información y la prestación de servicios anticonceptivos, se percibía al gobierno como proveedor de servicios en lugar de ejercer presión moral en la población para que los aceptara. De hecho, durante el primer período del programa retiró la publicidad sobre la anticoncepción de los medios, especialmente de la radio y la televisión, después de protestas de que era indecente y podría estimular la inmoralidad sexual en la población no casada y aun en las esposas. El servicio público y otras secciones del establecimiento no siguieron a Asia en considerar la anticoncepción como un deber nacional. Las clínicas privadas, principalmente la Asociación de Planificación de la Familia de Ghana y varios grupos cristianos, tenían muchos menos puntos de venta que el gobierno, pero sus clínicas eran mayores y estaban en su mayoría en zonas urbanas, con el resultado de que las clínicas privadas, con apoyo del programa, prestaban casi la mitad de los servicios.

Oposición al programa

Ghana, aunque no es país étnicamente homogéneo, no tiene las divisiones ideológicas y culturales que se encuentran en muchos países africanos. La única oposición

ideológica real se dio en tiempos de Nkrumah, por su ideología socialista. Casi el 66% de la población de Ghana son cristianos protestantes (incluidas Iglesias evangélicas africanas) con sólo el 14% de católicos y el 16% musulmanes. La composición religiosa de un país es importante en África, y el alto porcentaje de protestantes cristianos hizo que fuera más probable la aceptación del programa. Hubo alguna oposición de las secciones más conservadoras de la población, que tenían el temor infundado de que la planificación familiar causaría inmoralidad sexual, pero la oposición no ha sido poderosa.

Asistencia técnica

El papel de las agencias extranjeras ha sido importante y el país les dio la bienvenida. En tiempo de Nkrumah, el programa de demografía del Population Council fue de importancia fundamental. Más tarde, el consejo apoyó también la capacitación e investigación demográfica en la Universidad de Costa del Cabo. Fue también de importancia la asesoría y apoyo de la ONU para el censo de 1960. Al desarrollarse el Programa Nacional de Planificación Familiar, la Fundación Ford suministró asistencia directa e indirecta y el Population Council aportó un asesor médico. A su debido tiempo, tanto la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional como el Fondo de Población de la ONU asumieron papeles significativos, y en todos los casos, la provisión financiera y de suministros de anticonceptivos tuvo la mayor importancia. La Federación Internacional de Planificación de la Familia suministró también asistencia en forma de capacitación y suministros a través de la Asociación de Planificación de la Familia de Ghana. Ghana contó también con buena cantidad de pericia propia.

Enseñanzas

El programa estuvo bien planeado. Tal vez fue un error no hacer que el Ministerio de Salud fuera un socio igual, pero en general el enfoque del ministerio parece haber estado alineado con las políticas generales adoptadas. Lo infortunado fue que el secretariado se sobrepasó en su mandato y asumió funciones del Ministerio de Salud. Aunque en general el programa estuvo bien planeado, la separación de funciones, en especial entre la coordinación y ejecución de las tareas, no fue clarificada lo suficiente sino muy poco, lo cual no hizo fáciles las relaciones entre el secretariado y los ministerios.

Al principio del programa se emplearon varios métodos anticonceptivos y la evidencia de otros lugares, especialmente de Sudáfrica, indica que un mayor énfasis en los inyectables habría sido útil. Ghana liberó sus leyes de aborto en 1985 y expandió

la base para las excepciones. Infortunadamente, debido a que los médicos, abogados y la población en general no conocían las excepciones, murieron muchas mujeres por aborto inseguro. El país podría tolerar ahora un enfoque más liberal hacia el aborto y están en marcha esfuerzos para expandir los servicios de aborto seguro hasta el grado permitido por la ley. En adición, quizás se requieran mayores esfuerzos, que debieron hacerse antes, para desalentar el punto de vista de que los servicios de planificación familiar son sólo para la población casada, en especial las mujeres.

Al desarrollarse el programa, también lo hizo la nueva escuela de medicina de Korle Bu, en Accra, donde Sai concibió e implementó el Proyecto Integral de Salud y Planificación Familiar Danfa en colaboración con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California (Los Ángeles). El principal propósito del proyecto fue poner a prueba la tesis de que un enfoque integral de salud para la planificación familiar tendría más éxito en Ghana que el enfoque vertical. Los hallazgos alimentarían el Programa Nacional de Planificación Familiar. Una temprana evaluación (Ampofó y otros, 1976; Belcher y otros, 1978) en la zona del proyecto Danfa mostró que muchos más ghaneses sabían sobre planificación familiar de los que la practicaban. En un informe (Usaid, 1976), se argumentó que los trabajadores de campo de la planificación familiar necesitaban hacer visitas a domicilio, porque cada clínica atendía a lo sumo a la población dentro de un radio de 5 millas; sin embargo, este hallazgo puede haber subestimado la movilidad de la gente. Un problema más serio, en la sucesión de los gobiernos, fue la escasez de suministro de anticonceptivos, tanto a nivel nacional como de clínicas (Monteith, 1981).

La temprana independencia de Ghana y sus niveles educativos relativamente altos fueron importantes. La élite ghanesa y, hasta cierto punto la población general, consideraron al país como pionero en la modernización africana. Lo que el programa mostró mayormente es que el esfuerzo para reducir la fecundidad en África subsahariana no va a ser fácil. El Programa Nacional de Planificación Familiar estuvo bien organizado en un país moderado por repetidas sacudidas económicas; sin embargo, se han necesitado décadas para reducir en forma significativa los niveles de fecundidad. Se requiere paciencia y financiación continua.

Conclusión

Controlar la fecundidad en África subsahariana es con mucho el mayor desafío para el movimiento internacional de planificación familiar. Al final del presente siglo la población podría cuadruplicarse en esta región, con sus recursos naturales limitados, en especial la carencia de buenos suelos. Aparte de África meridional, donde la mayor parte del ingreso rural es remitido desde las ciudades, y también de las zonas

agrícolas comerciales del centro de Kenia, las ventajas del control de la fecundidad no son evidentes para la población rural, deficientemente educada y en gran parte en el nivel de subsistencia. Las fuerzas impulsoras de la reducción en la mortalidad y la fecundidad son la urbanización, la educación y la conversión de la agricultura de subsistencia a la comercial, todas las cuales dependen del crecimiento económico sostenido.

Observando el caso de Ghana desde una perspectiva regional, la reducción de la tasa de fecundidad total de alrededor de 7,0 nacimientos por mujer a 4,4 en menos de tres décadas, debería considerarse un caso de éxito. La caída de unos 2,5 en la tasa de fecundidad total es mayor que la que la mayoría de los países de Europa occidental alcanzaron a finales del siglo XIX y principios del XX y mayor que la que logró India a finales del siglo XX. El mayor problema de África subsahariana ha estado en su fecundidad inicial extremadamente alta.

Los éxitos del programa han sido notables a pesar de las considerables restricciones. Aunque la tasa de fecundidad total no ha caído por debajo de 4,4 nacimientos por mujer y parece haber cesado de caer en los años recientes, los diferenciales en la fecundidad apuntan en una dirección optimista. En contraste con una tasa de fecundidad total de 7,0 en la región norte del país y de 5,6 en las zonas rurales, ha caído a 3,1 en las urbanas y a 2,9 en el Gran Accra. En un país donde la cuarta parte de las mujeres ha tenido por lo menos una educación media, la tasa de fecundidad total es de 3,5 para dichas mujeres y de 2,5 para las que tienen educación secundaria o superior.

La reducción de la fecundidad refleja el aumento en el uso de las mujeres casadas de métodos modernos de anticonceptivos (18,7%) y de todos los métodos (25,2%), en 2003, lo que es sólo una cuarta parte o menos del nivel que se ha requerido en los países industriales para llegar a la fecundidad de nivel de reemplazo. Aunque no ha predominado ningún método de anticoncepción, tres métodos se usan más o menos en el mismo grado y juntos representan la mayoría de usuarios de anticonceptivos: la píldora, los inyectables y los preservativos. El aumento relativo en el uso de los inyectables sugiere que puede ser de importancia creciente para conseguir una menor fecundidad.

Las restricciones incluyen una edad promedio de matrimonio de la mujer de sólo 20 años, un aumento de menos de dos años desde la iniciación del programa. La tasa de mortalidad infantil es de 65 muertes por cada 1.000 nacimientos y la de mortalidad entre los niños menores de cinco años es de 110 muertes por cada 1.000 nacimientos. Aunque la tasa de mortalidad infantil se compara favorablemente con la de Occidente en los primeros años del siglo XX cuando la tasa de fecundidad ya era baja, la mortalidad en los siguientes cuatro años de vida es mucho mayor en Ghana y en África subsahariana en general.

El contraste asombroso entre niveles significativos de control de la fecundidad en Ghana meridional y niveles mucho menores más al norte destaca la importancia de la baja mortalidad infantil, los altos niveles educativos y una economía diversificada para estimular el uso de anticonceptivos. El programa de Ghana ha sido el de mayor éxito en África occidental y de hecho el de mayor éxito en África subsahariana al norte del río Limpopo. No obstante, la tasa de crecimiento de la población anual de 2,7% no es menor que la de África occidental y sigue amenazando el crecimiento económico sostenido.

La llegada del VIH/SIDA en 1986 introdujo otro problema de salud reproductiva, que actualmente es manejado por una estructura semejante a la del Programa Nacional de Planificación Familiar, pero está razonablemente financiada, permitiéndole representar bien su papel de coordinación. Están en marcha esfuerzos para armonizar sus actividades con las del Consejo Nacional de Población. Algunos beneficios del Programa Nacional de Planificación Familiar incluyen el aumento en el uso del preservativo, el énfasis en la educación de jóvenes y adolescentes y el papel de los hombres. Las principales enseñanzas del programa de VIH/SIDA para el campo de la salud reproductiva generalmente son la importancia de un liderazgo político visible, elocuente y consistente, y la garantía de financiación confiable. A diferencia del Programa Nacional de Planificación Familiar, el programa del VIH/SIDA ha tenido ambas.

La atención prestada al aborto inseguro y a reducir la mortalidad materna está ayudando también a repositionar la planificación familiar como prioridad de desarrollo nacional. Considerando todas las cosas, Ghana está probablemente más preparada ahora para hacer un esfuerzo mucho mayor para disminuir su fecundidad que en cualquier tiempo pasado.

Referencias

- Agyei-Mensah, Samuel, Asbjorn Aase y Kofi Awusabo-Asare. 2003. "Social Setting, Birth Timing and Subsequent Fertility in the Ghanaian South." En *Reproduction and Social Context in Sub-Saharan Africa*, ed. Samuel Agyei-Mensah and John B. Casterline, 89–108. Westport, CT: Greenwood Press.
- Agyei-Mensah, Samuel y John B. Casterline, eds. 2003. *Reproduction and Social Context in Sub-Saharan Africa*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Ampofo, Daniel A., David D. Nicholas, S. Oforu-Amaah, Stewart Blumenfeld y Alfred K. Neumann. 1976. "The Danfa Family Planning Program in Rural Ghana." *Studies in Family Planning* 7 (10): 266–74.
- Armar, A. A. 1975. "Ghana." En *Family Planning Programs: World Review 1974*, ed. Hervé Gauthier y George F. Brown, 283–86. *Studies in Family Planning* 6 (8) (suppl.).

- Armar, A. A. y A. S. David. 1977. *Ghana*. Country Profiles Series. Nueva York: Population Council.
- Belcher, D. W., A. K. Neumann, S. Ofose-Amaah, D. D. Nicholas, y S. N. Blumenfeld. 1978. "Attitudes towards Family Size and Family Planning in Rural Ghana-Danfa Project: 1972 Survey Findings." *Journal of Biosocial Science* 10 (1): 59–79.
- Berelson, Bernard, Richmond K. Anderson, Oscar Harkavy, John Maier, W. Parker Mauldin y Sheldon Segal. 1966. *Family Planning and Population Programs*. Chicago: University of Chicago Press.
- Birmingham, Walter, Ilya Neustadt y Emmanuel N. Omaboe. 1967. *A Study of Contemporary Ghana*, 2 vols. Londres: Allen and Unwin.
- Brass, William, Ansley J. Coale, P. Demeny, D. F. Heisel, F. Lorimer, A. Romaniuk y E. van de Walle, eds. 1968. *The Demography of Tropical Africa*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Caldwell, John C. 1966. "Africa." En *Family Planning and Population Programs: A Review of World Developments*, ed. Bernard Berelson, Richmond K. Anderson, Oscar Harkavy, John Maier, W. Parker Mauldin y Sheldon Segal, 163–81. Chicago: University of Chicago Press.
- . 1968a. *Population Growth and Family Change in Africa: The New Urban Elite in Ghana*. Canberra: Australian National University Press.
- . 1968b. "Population Policy: A Survey of Commonwealth Africa." En *The Population of Tropical Africa*, ed. John C. Caldwell y Chukuka Okonjo, 368–75. Londres: Longmans.
- Caldwell, John C., y Chukuka Okonjo, eds. 1968. *The Population of Tropical Africa*. Londres: Longmans.
- Central Bureau of Statistics con la colaboración de la World Fertility Survey. 1983. *Ghana Fertility Survey, 1979–80*. Accra: Central Bureau of Statistics.
- Drake, St. Clair, Horace R. Cayton, William J. Wilson y Richard Wright. 1993. *Black Metropolis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gaisie, S. K. 1969. "Estimation of Vital Rates for Ghana." *Population Studies* 23 (1): 21–42.
- . 1975. "Ghana: Fertility Trends and Differentials" y "Ghana: Population Growth and Its Components." En *Population Growth and Socioeconomics in West Africa*, ed. John C. Caldwell, 339–67. Nueva York: Columbia University Press.
- Gaisie, S. K., N. O. Addo y S. B. Jones. 1975. "Ghana: Population Policy and Its Implementation." En *Population Growth and Socioeconomics in West Africa*, ed. John C. Caldwell, 408–24. Nueva York: Columbia University Press.
- Gaisie, S. K. y S. B. Jones. 1970. *Ghana*. Country Profiles Series. Nueva York: Population Council.

- Ghana Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research y ORC Macro. 2004. Ghana Demographic and Health Survey 2003. Calverton, MD: ORC Macro.
- Government of Ghana. 1964. *Seven Year Development Plan, 1963–1964 to 1969–1970*. Accra: Government Printing Department.
- . 1969. “Ghana: Official Policy Statement.” *Studies in Family Planning* 1 (44): 1–7.
- Harkavy, Oscar. 1995. *Curbing Population Growth: An Insider’s Perspective on the Population Movement*. Nueva York: Plenum.
- Hollander, D. 1995. “Despite Desire for Smaller Families, Few Ghanaians Practice Contraception.” *International Family Planning Perspectives* 21 (3): 121–23.
- Jones, S. B. 1972. “Population Policies and Family Planning Programs.” En *Population Growth and Economic Development in Africa*, ed. S. H. Ominde y C. N. Ejiogu, 369–73. Londres: Heinemann.
- Monteith, Richard S. 1981. “Evaluation of the Ghana Family Planning Program.” Informe inédito, Washington, DC.
- Oppong, Christine. 1977. “A Note from Ghana on Chains of Change in Family System and Family Size.” *Journal of Marriage and the Family* 39 (3): 615–21.
- Pool, Ian D. 1970. “Social Change and Interest in Family Planning in Ghana: An Exploratory Analysis.” *Canadian Journal of African Studies* 4 (2): 207–27.
- Salway, Sarah. 1994. “How Attitudes toward Family Planning and Discussion between Wives and Husbands Affect Contraceptive Use in Ghana.” *International Family Planning Perspectives* 20 (2): 44–47, 74.
- Smith, T. E. 1968. “Africa and the World Population Conference.” En *The Population of Tropical Africa*, ed. John C. Caldwell y Chukuka Okonjo, 345–50. Londres: Longmans.
- Stanback, John y K. A. Twum-Baah. 2001. “Why Do Family Planning Providers Restrict Access to Services? An Examination in Ghana.” *International Family Planning Perspectives* 27 (1): 37–41.
- Tabutin, Dominique y Bruno Schoumaker. 2001. “Une analyse régionale des transitiones de fécondité en Afrique sub-saharienne.” Documento presentado en la 24th International Union for the Scientific Study of Population General Population Conference, agosto 18–24, Salvador, Brasil.
- Unfpa (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 1985. “Ghana.” En *Inventory of Population Projects in Developing Countries around the World, 1984/85, 197–98*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Usaid (U.S. Agency for International Development). 1976. Ghana Office unpublished report on population program support. Usaid Ghana Office, Accra, Ghana.
- U.S. Bureau of the Census. 1997. *Ghana. Country Demographic Profiles 5*. Washington, DC: U.S. Bureau of the Census.

23

Planificación familiar en Kenia en los años sesenta y setenta

Donald F. Heisel

Motivado por un deseo de disminuir la tasa de aumento natural de la población en los años sesenta, Kenia fue el primer país de África subsahariana en adoptar formalmente un programa de planificación familiar. Aun así, más de 10 años después de la adopción de su política, Kenia informaba que su tasa de fecundidad total de 8 nacimientos por mujer era la más alta del mundo, produciendo una tasa de crecimiento de la población de alrededor de 4% por año.

Después de una década de experiencia con un programa de planificación familiar que la comunidad internacional de donantes apoyó relativamente bien, pero que fue descrita universalmente como débil e ineficaz (Lapham y Mauldin, 1984; Mauldin y Berelson, 1978), la fecundidad empezó a declinar. Pocos años después, el programa de planificación familiar mejoró y recibió apoyo a los más altos niveles políticos del gobierno keniano y la comunidad internacional de donantes. Para fin de siglo, la tasa de fecundidad total había caído entre 35% y 40% a unos 5 nacimientos por mujer y la transición de la fecundidad estaba claramente en marcha.

El recuadro 23.1 presenta una cronología de los eventos principales.

Contexto político, económico y social

Kenia obtuvo reconocimiento como nación independiente en diciembre de 1963 después de la transferencia del poder mayoritario en el parlamento de la minoría blanca colonizadora a la mayoría negra. En un sentido puramente formal, la transferencia e independencia ocurrieron a través de un proceso legal ordenado, semejante a la forma en que ocurrió en las demás antiguas colonias británicas y francesas de África subsahariana. Sin embargo, en Kenia la transferencia de poder estuvo precedida de una lucha mortal en los años cincuenta, la revuelta de los mau mau, conocida como la “Emergencia”, que se realizó íntegramente en las zonas ocupadas por la mayor tribu, la *kikuyu* y otras dos tribus allegadas a ella, la *embu* y la *meru*. La revuelta or-

Recuadro 23.1 *Cronología de la planeación de población y la planificación familiar*

- 1958: Las asociaciones locales de planificación familiar reciben asistencia financiera internacional del Pathfinder Fund.
- 1960: Las asociaciones locales de planificación familiar abren clínicas para atender poblaciones multirraciales en Nairobi y Mombasa.
- 1962: Se funda la Asociación de Planificación Familiar de Kenia, que se afilia a la Federación Internacional de Planificación de la Familia.
El primer censo realizado después de la independencia revela una tasa de crecimiento de la población extremadamente alta.
- 1965: Se emite un documento clave de planeación económica, el *Sessional paper Number 10*, que incluye un llamado para moderar la tasa de crecimiento de la población.
El gobierno invita al Population Council a enviar una misión asesora sobre política de población.
El Population Council efectúa la misión y recomienda un programa nacional de planificación familiar en el que el Ministerio de Salud tenga el papel principal.
- 1966: El Ministerio de Salud emite una circular a funcionarios médicos provinciales y distritales anunciando el establecimiento del programa nacional de planificación familiar.
- 1967: El Ministerio de Salud emite una segunda circular sobre planificación familiar estipulando que los proveedores del servicio de planificación familiar deben estar capacitados y que los servicios deben prestarse sin costo.
- 1969: Un nuevo censo indica que la tasa de crecimiento de la población es extremadamente alta.
- 1971: El gobierno solicita al Banco Mundial desarrollar un programa nacional de planificación familiar expandido.
- 1975: Se inicia el programa nacional de planificación familiar a cinco años (1975-79) expandido con un presupuesto general de US\$39 millones.
- 1979: Un nuevo censo indica que la tasa de crecimiento de la población se aproxima al 4% anual.

ganizada empezó en 1952 y no terminó formalmente sino hasta 1960. Los estimados indican que unas 12.000 a 15.000 personas murieron como resultado de los combates (Kyle, 1999; Maloba, 1993). La comunidad *kikuyu* en su totalidad, que había vivido tradicionalmente en forma dispersa en zonas rurales, fue reasentada en aldeas nuevas, armadas, por orden del gobierno, lo que constituyó una versión extrema de una reforma agraria.

La discusión de los eventos conectados con la experiencia *mau mau* fue escasa durante los primeros años de la independencia. La lucha se había realizado entre un segmento de los *kikuyu*, *embu* y *meru* y la comunidad de blancos colonizadores junto a las fuerzas armadas imperiales coloniales, pero también entre los *mau mau* y

otros *kikuyu*, *embu* y *meru* que permanecían ajenos a la lucha o apoyaban al gobierno. De hecho, la mayoría de la Home Guard y otras fuerzas militares y paramilitares acostumbradas a suprimir a los mau mau fueron reclutadas de entre los *kikuyu*. Así, los keniatas consideraban que los eventos que rodearon la revuelta eran demasiado recientes, complejos y distorsionados para sacarlos a la luz y compartieron casi universalmente un deseo poderoso y ferviente de olvidar el pasado y avanzar con las tareas del desarrollo.

Una consecuencia importante de la experiencia mau mau fue que, en efecto, canonicizó a Jomo Kenyatta como *mzee* (anciano), padre de la nación. Kenyatta había sido un líder del movimiento nacionalista de Kenia desde los años cuarenta y, durante 14 años antes, su voz en el Reino Unido. Entre 1952 y 1953, Kenyatta fue llevado a juicio y condenado por las autoridades británicas por la razón (ahora considerada por la mayoría como muy dudosa) de ser un líder importante de los mau mau, y fue encarcelado durante el resto de la “Emergencia”. Al pasar el país a un gobierno africano y a la independencia, fue liberado en 1961 y elegido presidente de la nueva nación, cargo que ocupó hasta su muerte en 1978. Su heroico pasado significó que su autoridad era casi indiscutible y fue él quien definió los asuntos y fijó las prioridades del gobierno durante la mayor parte de los años sesenta y setenta. El rápido crecimiento de la población y la fecundidad extremadamente alta no estuvieron manifiestamente entre los primeros en su lista de asuntos que requerían acción urgente (Holmberg y otros, 1984). El rumor en Nairobi en ese tiempo era que el presidente consideraba la planificación familiar como una especie de tontería, de interés para algunos de sus colegas más jóvenes, pero nada que él necesitara tomar en serio. Sin embargo, varios observadores tuvieron distintos puntos de vista de las opiniones de Kenyatta sobre la importancia del crecimiento de la población y la planificación familiar, según se describe en Chimbweteàà, Zulu y Watkins (2003).

Al mismo tiempo, Kenyatta trajo estabilidad a un país que recientemente había sido transformado políticamente y había sufrido por el conflicto armado. Hizo un esfuerzo concertado para calmar las rivalidades tribales y otro igual para reasegurar a las minorías europeas y asiáticas que su presencia era bienvenida y segura. Esto último fue crucial porque al ser elegido presidente, Kenia estaba social y económicamente muy segmentada racialmente. Existía un sector moderno altamente productivo primariamente enfocado en exportaciones agrícolas junto a una base industrial pequeña, pero en crecimiento, ambos poseídos y administrados en su mayoría por la comunidad colonizadora de los blancos. Una red comercial floreciente que estaba principalmente en manos de la comunidad asiática operaba en todo el país. Sin embargo, en conjunto, los europeos y asiáticos (y un pequeño número de árabes que vivían a lo largo de la costa) constituían menos del 5% de la población total. Al mis-

mo tiempo, el 80% de la población eran pequeños agricultores africanos rurales que operaban al nivel de subsistencia. Otros miembros de la población africana eran una muy pequeña élite con mucha educación, un pequeño, pero creciente, número de terratenientes vinculados cada vez más a la agricultura comercial, un gran número de trabajadores industriales calificados y no calificados, trabajadores rurales y un número creciente de desempleados.

En el nivel macroeconómico, la economía de Kenia crecía a una tasa satisfactoria en los años sesenta y setenta, sin ser perturbada por la transformación política que tenía lugar. El producto interno bruto per cápita se estimó en unos US\$750 en 1960 (Maddison, 2003), subiendo a más de US\$900 en 1970 y a más de US\$1.000 en 1980. El aumento fue comparativamente continuo, con unos pocos retrocesos en el camino, como el primer trauma de los precios del petróleo a mediados de los años setenta. El crecimiento económico continuo puede haber servido para reducir la sensación de urgencia sobre el impacto del crecimiento de la población de los que no eran especialistas en población.

El tema económico que generó una sensación de urgencia fue el del desempleo y la desigualdad crecientes. El discurso general era sobre crecimiento sin desarrollo. Entre 1970 y 1977, el empleo en el sector de salarios altos creció un 4,8%, pero el sector absorbió sólo el 17% del crecimiento total de la fuerza laboral. El resto del crecimiento debían absorberlo los sectores de baja productividad, el tradicional y el informal. A finales de los años setenta, el 30% de las familias vivía en la pobreza absoluta y el 70% de los pobres eran pequeños agricultores a nivel de subsistencia (Faruqee, 1980).

Los especialistas del desarrollo en Nairobi en ese tiempo solían comparar a Kenia más bien en términos desfavorables con respecto a Tanzania, que había hecho mayor énfasis en mantener la igualdad de ingresos y había adoptado un enfoque generalmente comunitario hacia la planeación para el desarrollo. Para muchos, el presidente de Tanzania, Julius Nyerere –el *mwalimu* (maestro)– era el líder más admirado de África subsahariana.

Una serie de documentos emitidos por el poderoso Ministerio de Planeación Económica ilustra el enfoque general de Kenia hacia el desarrollo. Entre ellos están el *Sessional Paper Number 10* (Republic of Kenya, 1965) y los tres planes quinquenales sucesivos que cubrieron los años 1966 a 1978. El documento sesional 10 presentó la estrategia básica de desarrollo que orientó a Kenia en los años sesenta, setenta y siguientes. Casi ciertamente reflejó el pensamiento de Tom Mboya, el ministro de planeación económica y desarrollo (Ajayo y Kekovole, 1998), uno de los líderes políticos más brillantes y eficaces de Kenia en los primeros días de la independencia. El documento presenta los objetivos principales de la política del desarrollo: libertad

de indigencia, enfermedad, ignorancia y explotación. Los medios para cumplir estos objetivos eran el crecimiento económico, una economía mixta y la confianza propia (Faruqee, 1980). El documento también solicitaba medidas para moderar la tasa de crecimiento de la población.

Aunque solicitaba una economía mixta, el documento sesional preparó una ruta económica más conservadora que la mayor parte de sus vecinos africanos. La propiedad privada de la tierra y otros bienes de capital estaba asegurada (Leys, 1974). Al mismo tiempo, el enfoque de Kenia hacia el desarrollo le asignaba al gobierno central un papel preponderante en la dirección de la acción. Tanto el gobierno como los especialistas en desarrollo de la comunidad de donantes estuvieron de acuerdo generalmente en que el gobierno nacional era la única institución capaz de acción eficaz para cumplir los objetivos de desarrollo del país. Se consideraba que la gran masa de la población era pobre, con necesidades de salud insatisfechas y generalizadas, no educada y, hasta recientemente, explotada por una clase terrateniente colonial. No era probable que los miembros de la gran mayoría rural tuvieran la capacidad de producir los recursos o capacidad empresarial necesarios para desarrollar el país. Las minorías europeas y asiáticas tenían considerables recursos y capacidades empresariales, pero no gozaban de la confianza general para utilizar sus recursos y capacidades en los mejores intereses del país. Por último, la década de la independencia de Kenia fue también un tiempo en que los especialistas nacionales e internacionales del desarrollo solían ser confiados en su capacidad de diseñar planes económicos que un gobierno fuerte podía implementar con éxito y así lograr el rápido crecimiento.

Los documentos operativos clave utilizados para planear las estrategias de desarrollo de Kenia fueron los planes quinquenales sucesivos. La evolución de las prioridades de la planeación del desarrollo durante los años sesenta y setenta es de interés (Ghai, Godfrey y Lisk, 1979). El primer Plan Quinquenal de Desarrollo (1966-70) hizo énfasis en el apoyo para el crecimiento en el sector moderno. Quienes prepararon el segundo Plan Quinquenal de Desarrollo (1970-74) reconocieron que el sector moderno sólo no podía producir el número de nuevos puestos de trabajo requeridos y el énfasis pasó a ser el crecimiento con una base general, especialmente en la agricultura. El tercer Plan Quinquenal de Desarrollo (1974-78) demostró una conciencia creciente de que la desigualdad de ingresos era cada vez más un paso inaceptable y que era necesaria todavía más una estrategia de crecimiento con una base general. Así, el plan se movió fuertemente en la dirección de un enfoque en las necesidades básicas.

Los planes quinquenales sucesivos reconocieron implícitamente la importancia de la alta y creciente tasa de crecimiento de la población para el desarrollo económico de Kenia (Henin, 1986). Los planes no prepararon planes de acción para atender el crecimiento de la población o la alta fecundidad como tales, posiblemente con

base en que en otros documentos más especializados en población se trataban estos asuntos. Sin embargo, se refirieron explícitamente a los vínculos entre población y desarrollo, en especial con referencia a la creación de puestos de trabajo. También ofrecieron un contexto de planeación dentro del cual se acomodaba en buena forma la planificación familiar. El énfasis se hizo en la planeación centralizada asignando la responsabilidad para la acción principalmente al gobierno nacional.

Entre tanto, Kenia seguía siendo un país predominantemente rural. A principios de los años sesenta, un 7,5% de la población vivía en zonas urbanas y en Nairobi, la capital, vivía el 33% de la población urbana. La proporción de población que vivía en zonas urbanas subió a un 16% en 1980, una tasa moderadamente rápida de crecimiento urbano, pero aun así un nivel comparativamente bajo de urbanización. Dado que Kenia era principalmente agrícola, el tema del acceso a la tierra había estado en la agenda pública, entre europeos y africanos, desde por lo menos los años veinte y se lo consideraba en general como cada vez más serio.

Dos iniciativas de políticas de importancia crucial suscitaron el tema de la tenencia de la tierra en los años sesenta y setenta. La primera fue la consolidación y registro de los pequeños agricultores. Este programa tuvo su origen en el período colonial (Leys, 1974; Maloba, 1993), con el objetivo de establecer una clase de pequeños propietarios. Recibió un impulso considerable de los miembros de las regiones habitadas por la tribu kikuyu después de terminar la “aldealización” obligatoria. La consolidación y el registro constituyeron entonces el objetivo oficial de la política para todos los pequeños agricultores con el propósito de convertir la tierra agrícola del sistema tradicional de pequeños agricultores basados en el linaje a propiedad familiar individual. La segunda iniciativa importante fue la compra de algunos terrenos de colonizadores blancos (con fondos provistos por el gobierno británico) y la división de las tierras, más algunas tierras de propiedad del Estado para el asentamiento de pequeños agricultores africanos, a quienes se le daba título de propiedad si se establecían en ellos y daban los pasos necesarios para su desarrollo. Este proceso fue algo revolucionario ya que la propiedad y alquiler de la tierra en esas zonas muy fértiles había estado limitada a los blancos durante el período colonial. Con el registro de los títulos de la tierra, se estimuló a los nuevos propietarios a producir cultivos comerciales, como los de café, té, pelitre y una variedad de otros cultivos de valor. Este proceso fue también algo revolucionario: durante la era colonial, los agricultores africanos tenían prohibido cultivar o mercadear productos comerciales como el café.

Ambas iniciativas proporcionaron posibilidades económicas que, a su vez, absorbieron cantidades adicionales de la creciente población. Ciertamente hicieron una contribución positiva al bienestar económico de los agricultores africanos que pudieron obtener el beneficio de ellas. También trajeron posiblemente algunos beneficios

psicológicos reales. Antes de que se le permitiera a los agricultores africanos producir y mercadear cultivos comerciales, los productores comerciales en gran escala (colonizadores o corporaciones multinacionales) expresaban preocupación de que los agricultores africanos no tendrían capacidad de cumplir con los altos estándares de calidad por los que se obtenían precios especiales por el café de Kenia en el mercado mundial. Sin embargo, una vez entraron al mercado los productores africanos, demostraron que su producto era de calidad excelente. La capacidad de los pequeños agricultores africanos para cumplir con los estándares fijados por los productores comerciales internacionales proporcionó seguridad a todos los interesados.

No obstante, el impacto positivo de estas iniciativas de reforma agraria no estuvo exento de problemas. En primer lugar, los observadores notaron que la implementación del plan de reasentamiento llevó en algunos casos a competencias rivales crecientes por las tierras del reasentamiento. La demanda fue mucho mayor que la oferta disponible, lo que significaba que había que elegir entre solicitantes de distintas tribus. Segundo, puesto que gran parte de la tierra del proceso de reasentamiento era vendida, los africanos que no podían asegurar suficiente crédito o no poseían ahorros suficientes para comprarla corrían el riesgo de quedar sin tierras. Tercero, el proceso fue vulnerable a la corrupción. Por último, los títulos de las tierras, ya sea que fuesen adquiridos mediante el reasentamiento o mediante la consolidación y registro, se emitían casi inevitablemente a nombre de un pequeño agricultor masculino, práctica que ponía seriamente en desventaja a las mujeres, que vivían de la tierra y era la fuente principal de trabajo agrícola.

Así, si la reforma agraria es un prerrequisito importante para la reducción de la fecundidad, como observó recientemente McNicoll (2006), Kenia constituyó un inicio importante en esa dirección en los años sesenta y setenta. Sin embargo, el proceso estuvo lejos de ser completo; aunque el sistema de propiedad basado en el linaje tradicional estaba muy arraigado en el pensamiento de la gente sobre la propiedad de la tierra, el tema era prioritario en la agenda pública y el cambio estaba en marcha.

Como casi cualquier otro país del África subsahariana, Kenia era y continúa siendo una sociedad de múltiples grupos étnicos. Como se mencionó, por el tiempo de la independencia Kenia tenía una pequeña pero económicamente poderosa minoría de europeos, asiáticos (casi todos de India) y árabes. Más del 95% de la población eran africanos de una u otra tribu. La tribu más grande era la *kikuyu*, que representaba un poco más del 20% de la población total y a la que seguían en tamaño la *luhya* y la *luo* (más o menos un 13% cada una), la *kamba* y la *kalenjin* (11% cada una), y la *meru*, *embu* y *gussi* (alrededor de 7% cada una), más un gran número de grupos más pequeños. En total, había en el país más de 70 tribus distintas.

Una consecuencia importante de la heterogeneidad étnica era la multiplicidad de idiomas resultante, pues cada tribu hablaba su propio idioma y los idiomas eran, a mayor o menor grado, mutuamente incomprensibles. De hecho, los idiomas africanos de Kenia pertenecen a tres familias lingüísticas distintas, que en algunos casos están tan estructural e históricamente no relacionadas como, digamos, el inglés y el árabe. Además, muchos de los idiomas tribales carecían de forma escrita, y aun en el caso de las tribus mayores, su literatura escrita era limitada.

Hasta cierto punto, el país intentó superar las barreras lingüísticas con el uso de un idioma común, ya fuera inglés o swahili. Para la gran mayoría de keniatas, el uso del inglés dependía de la educación formal: hacia 1965, apenas un poco más de la mitad de los niños estaban inscritos en primaria, pero sólo el 4% asistía a secundaria (Kelley y Nobbe, 1990). En adición, la alfabetización estaba todavía en niveles moderados: en 1976, menos de la mitad de los keniatas de 15 años de edad o más estaban alfabetizados (Bunyi, 2006).

El swahili tenía la ventaja de ser más ampliamente conocido como idioma hablado. Muchos keniatas de todas las razas, pero especialmente los de zonas urbanas, captaban inevitablemente algo de swahili. Los periódicos se publicaban en esa lengua, aunque en algunos casos dependían de material traducido de la lengua inglesa mucho más desarrollada. El swahili tenía una ventaja adicional importante: su forma escrita contemporánea era puramente fonética en el alfabeto latino y, como resultado, cualquiera que hablara el idioma la podía aprender en un par de días. Es la lengua madre de un número comparativamente pequeño de personas que viven principalmente a lo largo de la costa del océano Índico y tiene sus raíces en la familia de idiomas del bantú (que incluye también a los idiomas kikuyu, luhya, embu, meru y otros) y en el árabe.

Sin embargo, el uso general del swahili presentaba dos restricciones. Primera, para muchas tribus del norte del país, el swahili tenía una reputación política negativa y se lo asociaba históricamente con el comercio de esclavos que persistió hasta un pequeño grado aun en la primera mitad del siglo XX, y después con el colonialismo y los colonizadores blancos. Se decía que algunos de ellos creían fuertemente que todos los blancos deberían aprender por lo menos el swahili básico y usar ese idioma exclusivamente para tratar con los africanos, con el fin de evitar que aprendieran suficiente inglés para desafiar la autoridad de los blancos. La segunda restricción, y la más importante, era que la fluidez en swahili estaba lejos de ser universal. De hecho, en las aldeas más remotas, en especial en Kenia occidental, la mayoría no hablaba ni inglés ni swahili. Watkins (2000) informa que en una comunidad luo en los años noventa, una mayoría sustancial respondió que no podía sostener una conversación en swahili. Además, ella observó que el uso de afiches de planificación familiar en

swahili contribuyó a que la imagen de la anticoncepción fuera algo extraño a la tradición luo.

El entorno lingüístico y educativo de Kenia en los años sesenta y setenta tuvo al menos dos consecuencias importantes para sus intentos de desarrollo. Primero, para lograr un sentido unificado de identidad nacional y llegar a la mayoría de la población con cualquier clase de mensajes informativos, el gobierno tenía que hacer una gran inversión en educación formal e informal. Kenia había efectuado tales inversiones. A principios de los años setenta, el porcentaje del producto nacional bruto empleado en educación fue unas 2,7 veces de lo empleado en salud (Kelley y Nobbe, 1990). De hecho, Ajayo y Kekovole (1998) demostraron lo seriamente desfavorecida que estaba la salud. Segundo, virtualmente, toda la información escrita y la educación debía presentarse en lo que era para casi todo el mundo un segundo idioma, swahili o inglés. Es difícil determinar el grado preciso al que creó dificultades la heterogeneidad lingüística para un tema como la planificación familiar, pero con seguridad no ayudó.

Otro rasgo distintivo de la sociedad keniata que puede haber impedido hasta algún punto desconocido el cambio en la fecundidad fue la estructura familiar tradicional. En un artículo ampliamente discutido, Frank y McNicoll (1987) argumentan que quienes diseñaron el programa de planificación familiar ignoraron indebidamente algunos rasgos únicos de la forma en que se organizaban las familias tradicionales y que esto, a su vez, fue un factor importante para mantener la fecundidad en niveles altos.

Como describieron Frank y McNicoll, el centro de la familia keniata rural tradicional no era la pareja esposo y esposa. Más bien, la institución clave de la familia era el linaje masculino. Los miembros masculinos de un linaje tenían acceso a una parcela dada de tierra, asignada por sus ancestros del mismo linaje, cuando se casaban y entonces aportaban el trabajo de la esposa para que la tierra fuese productiva. El esposo tenía el control sobre el trabajo de su esposa y el de los hijos de ésta al pagar un precio por la novia. La esposa no se convertía en un miembro del linaje del esposo al casarse con él y seguía siendo para siempre un miembro de su propio linaje de nacimiento. Sin embargo, sus hijos pertenecían al linaje de su esposo. De modo que, desde la perspectiva de una mujer, tener un hijo adicional podría traerle tres ventajas significativas: primera, el hijo eventualmente haría parte de la fuerza laboral de la parcela. Segunda, al agregar un miembro adicional al linaje de su esposo, ella solidificaba su reclamo sobre el acceso continuo a su hogar en esa parcela. Tercera, podía esperar que en el evento de enviudar, sus propios hijos, a pesar de ser miembros del linaje de su esposo, la apoyarían.

En adición, en el sistema tradicional, se esperaba que por encima de todo la madre cubriera el costo de alimentar a sus hijos. Se esperaba que los hombres hicieran ocasionalmente trabajo físico duro requerido para la parcela, tal como limpiar

la tierra con el sistema de agricultura de corte y quema. Cuando la economía se fue monetizando, un mayor número de hombres empezó a buscar trabajo pagado fuera de la tierra. Se esperaba que los padres pagaran las pensiones escolares de sus hijos, los impuestos y ayudaran a pagar el precio de la novia de sus hijos al llegar a la edad de matrimonio, pero la división de responsabilidades familiares no tenía muchas coyunturas donde se esperaba que esposo y esposa tomaran decisiones conjuntamente sobre los embarazos. La mayoría de los esposos consideraba que tener hijos era asunto de su esposa, no suyo. El acceso a la tierra para los hijos de ella era responsabilidad del linaje del esposo y estaba completamente por fuera del control de la esposa. De manera semejante, el costo de la educación no era asunto de la esposa.

Como resultado, la estructura familiar tradicional parecía tener pocos puntos de efecto de palanca donde se sintiera la presión de la fecundidad alta que condujera a una decisión conjunta de los padres para reducirla, por lo que este sistema puede muy bien haber contribuido a la alta fecundidad sostenida de Kenia. Al mismo tiempo, el sistema de tenencia de la tierra de Kenia había experimentado ya cambios profundos en los años sesenta y seguía experimentándolos en los setenta como consecuencia de la política nacional de consolidación y registro y del programa de reasentamientos. El sistema de tenencia de la tierra basado en el linaje puede haber seguido teniendo un papel poderoso, especialmente en el pensamiento de mucha gente sobre la forma propia de comportarse en los asuntos familiares, pero no fue inmune a las tendencias económicas y legales igualmente poderosas. La familia keniana, como las demás instituciones sociales, empezó a experimentar cambios profundos hacia la mitad del siglo pasado y calladamente empezaron a debilitarse las barreras culturales a la limitación de la fecundidad.

La velocidad e intensidad de la agitación social, política y económica, seguida de la obtención de la independencia después del trauma de la 'Emergencia', generó una atmósfera generalizada de optimismo en los años sesenta junto a una disposición muy pragmática hacia el cambio. Este es el contexto en el que se inició la cuestión de la población.

Política de población y planificación familiar

Información básica sobre población está disponible desde la serie de censos nacionales realizados en 1948, 1962, 1969 y 1979. La información de los tres últimos se resumió en el informe del censo de 1989 (Central Bureau of Statistics, 1996). Según el censo de 1948 la población total era de unos 5,4 millones de habitantes; aumentó a 8,6 millones según el de 1962, a 10,9 millones según el de 1969 y a 15,3 millones según el de 1979. Se cree que los primeros censos muy probablemente no subestima-

ron la población, especialmente el de 1948. La División de Población de las Naciones Unidas, que produce estimados hacia atrás para todos los países hasta 1950 que son consistentes con los estimados y censos actuales, calculó una subestimación de menos del 10% en 1948 (Naciones Unidas, 2004).

Los hallazgos del censo influyeron mucho en la formulación de la política de población de la nación. A principios de los años sesenta, al aproximarse la independencia, el Banco Mundial comisionó una revisión general de la economía de Kenia (Leavey y otros, 1962). Al momento de escribir la revisión no estaban disponibles los resultados del censo de 1962 y el informe debió basarse en los del de 1948. Se estimó que la población de Kenia crecía a un 2,25% anual y, por implicación, que el país no tendría gran dificultad en satisfacer las necesidades de su creciente población. Evaluaciones posteriores del Banco Mundial fueron cada vez menos optimistas.

En la revisión general de Burrows (1975) sobre la economía de Kenia se anotó que el crecimiento económico como tal se había comportado bastante bien y que el gobierno había provisto la estabilidad política necesaria al crecimiento sostenido, pero que el ingreso estaba muy mal distribuido; muchos se estaban quedando atrás, el desempleo y la pobreza estaban creciendo y la situación de tenencia de tierras era tal que “en muchos distritos con alta densidad de asentamiento muchos hombres capacitados físicamente están migrando en busca de trabajo en otras zonas rurales o en centros urbanos y familias enteras se están pasando a zonas con potenciales inferiores” (p. 455). El informe pasó a sugerir que el objetivo de desarrollo primario tendría que modificarse del crecimiento macroeconómico hacia el desarrollo agrícola (haciendo eco así al plan quinquenal del gobierno para principios de los años setenta) y la creación de puestos de trabajo.

El informe de Burrows reconoció explícitamente que el crecimiento de la población estaba agravando seriamente las dificultades. Documentó las condiciones demográficas utilizando datos basados en el censo de 1969, como sigue: aumento natural de la población de 3,5% anual y crecimiento de la población urbana de 7% anual. Describió también en detalle la organización y objetivos del programa de planificación familiar de Kenia. Lo que no se hizo en el informe fue proponer un papel activo para el Banco Mundial en ese programa. La base para la inacción se preparó en el párrafo final del capítulo del informe sobre “Temas de emergencia y opciones”:

El comentario final debe reservarse para el crecimiento de la población. En este informe, que se proyecta una década hacia adelante, la tasa de crecimiento de la población no es una variable importante, pues toda la fuerza laboral que estamos tratando de proveer durante esta década está ya en los hogares y shambas de Kenia. Ningún impulso concebible de control de población afectaría en forma significativa nuestras conclusiones principales. Pero a medida que nos proyectamos hacia los años ochenta,

nos movemos a un período en el que los obstáculos al crecimiento de la población instituidos ahora, podrían empezar a causar un impacto real. Más que cualquier otra cosa, un crecimiento de la población lento empezando a marchar en los años setenta podría aliviar la carga sobre la tierra rural y permitiría una aceleración de los ingresos familiares rurales al finalizar el siglo (Burrows, 1975, pp. 49-50).

Es digno de notar en el párrafo que muestra una apreciación clara sobre la importancia crucial del crecimiento de la población, pero también como ejemplo de la tendencia generalizada de los especialistas en desarrollo de enfocarse en sus propios temas. En el caso de Kenia, esos temas fueron de hecho cruciales en casi cada instancia y justificaron totalmente la atención no dividida de los especialistas.

En 1980 el Banco Mundial publicó un informe en el que se examinó estrechamente la población y sus consecuencias sociales y económicas en Kenia (Faruqee, 1980), y en el que se pudieron utilizar datos del censo de 1979 y de la encuesta de fecundidad de 1977-78. El informe documentó la condición de Kenia como con una de las tasas más altas de fecundidad total y de aumento natural de la población en el mundo, con una tasa de fecundidad total de unos ocho nacimientos por mujer y una población que crecía alrededor del 4% por año.

El informe resumió cuidadosamente lo que se conocía sobre la población de Kenia y la experiencia del programa de planificación familiar a través de los años sesenta y la mayoría de los setenta, y presentó un conjunto de proyecciones de población hasta el final el siglo XX mostrando las consecuencias sociales y económicas de una fecundidad alta continua o de una reducción en la misma. Con respecto al programa de planificación familiar, el informe reconoció su débil desempeño y diagnosticó problemas tanto en el lado de la oferta como en el de la demanda.

Se identificaron tres restricciones por el lado de la oferta. Primera, el personal médico capacitado era insuficiente. Segundo, había una seria carencia de capacidad institucional y empresarial para administrar el programa. Tercera, las instalaciones médicas eran inadecuadas, especialmente en las zonas rurales donde la vasta demanda insatisfecha de servicios curativos de salud dificultaba en extremo la prestación de cualquier servicio preventivo y promocional, incluida en forma notable la planificación familiar.

Se reconoció que la demanda de servicios de planificación familiar era débil, otra vez especialmente en las zonas rurales. Al mismo tiempo, la demanda activa para tener hijos era alta, según lo demostró la investigación previa (Dow, 1967; Heisel, 1968; Molnos, 1972), lo confirmó la encuesta de fecundidad (Lightbourne, 1985) y lo verificó la persistencia de la alta tasa de fecundidad total. La demanda de hijos se atribuyó a las necesidades de seguridad económica de la ancianidad y de trabajo infantil en la agricultura de subsistencia y también al bajo costo de la educación. Esta

demanda de hijos se sostuvo, entre otras cosas, por la debilidad de los componentes de información y educación del programa de planificación familiar.

El informe hace algunas recomendaciones generales de iniciativas de políticas para reducir la fecundidad. Primero, la prestación de los servicios de planificación familiar debía mejorarse. Segundo, el programa debería considerar el uso de incentivos y desincentivos, sugerencia que probablemente surgió de la experiencia asiática de aquel tiempo. Tercero, debía darse prioridad a las iniciativas de desarrollo socioeconómico que son valiosas por derecho propio, pero que acelerarían la adopción de normas de tamaño de familia más pequeño.

La posición del Banco Mundial en el campo de la población evolucionó de ser un espectador satisfecho a un papel de liderazgo proactivo entre los donantes internacionales.

Lanzamiento del programa de planificación familiar

La planificación familiar estuvo disponible en Kenia en los años cincuenta y posiblemente aún antes, a través de practicantes médicos privados y el uso de preservativos disponibles en las farmacias (Chimbweteàà, Zulu y Watkins, 2003; Gachuhi, 1972). Sin embargo, su uso se limitó casi totalmente a los miembros de las comunidades europeas y asiáticas. Pocos africanos habrían podido utilizar los médicos o farmacias privadas.

En los años cincuenta, se establecieron asociaciones de planificación familiar que prestaron servicio a los africanos en Nairobi y Mombasa. Sus dirigentes eran africanos, asiáticos y europeos y obtuvieron apoyo financiero externo del Pathfinder Fund en 1958. Se instauró formalmente la Asociación de Planificación Familiar de Kenia (FPAK, por sus iniciales en inglés) en 1962 que se afilió a la Federación Internacional de Planificación de la Familia poco después.

La planificación familiar recibió un impulso mucho mayor tras la aparición de los resultados del censo de 1962. Como se anotó, los autores del borrador del documento sesional 10 llamaron explícitamente la atención al rápido crecimiento de la población como asunto de urgencia para el desarrollo económico. Los principales participantes que incluyeron la población en el documento fueron Mboya, el ministro de planeación económica y desarrollo, Mwai Kibaki, otro funcionario importante, actualmente presidente de Kenia, y dos expertos internacionales, John Blacker, quien había dirigido el análisis del censo de 1962 y Edgar O. Edwards, un asesor económico de la Fundación Ford. Todas las indicaciones son que Mboya y Kibaki estaban comprometidos fuerte y personalmente con el objetivo de reducir lo que consideraban una excesiva tasa de crecimiento de la población de Kenia y de cumplir ese objetivo por medio de

un programa nacional de planificación familiar. De manera que la iniciativa original para la planificación familiar provino de especialistas cuyo interés primario eran los temas de crecimiento económico y los demográficos, y el enfoque iba en la línea de lo que se ha venido a conocer como neomaltusianismo.

En adición a la discusión del documento sesional 10, aparentemente Mboya fue la fuerza impulsora detrás de una solicitud dirigida al Population Council para que una misión de expertos visitara el país y asesorara al gobierno en los siguientes puntos:

- Cuál sería la tasa ideal de crecimiento de la población.
- Qué clase de programa debería adoptar el gobierno para conseguir esa tasa.
- Cómo administrar el programa.
- Cómo obtener la asistencia técnica requerida para implementar el programa.

La solicitud fue enviada en abril de 1965 y el Population Council envió la misión solicitada en junio de ese año. El informe de la misión del Consejo (Ministry of Economic Planning and Development, 1967) sirvió de fundamento intelectual y programático de gran parte del enfoque de Kenia a los asuntos de política de población en las décadas siguientes.

Los miembros de la misión fueron Richmond Anderson (jefe), director de la División de Asistencia Técnica del Population Council; Ansley Coale, director de la Oficina de Investigación sobre Población de la Universidad de Princeton; Lyle Saunders, asociado de programas de población de la Fundación Ford y Howard Taylor, jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Columbia. Durante las tres semanas de la misión en Kenia, sus miembros se reunieron con los funcionarios principales del Ministerio de Planeación Económica y Desarrollo, el Ministerio de Salud y los ministerios de Información y Transmisión, Educación, Trabajo y Cooperativas y Servicios Sociales. En adición, se reunieron con representantes de la Fpack, asociaciones médicas privadas y públicas, servicios municipales de salud e informantes clave de seis de las siete provincias de Kenia. En particular, celebraron discusiones con Mboya y Kibaki del Ministerio de Planeación Económica y Desarrollo y con el doctor J. C. Likimani, director de servicios médicos del Ministerio de Salud.

La misión revisó los estimados demográficos y las proyecciones preparadas por Blacker, quien había utilizado los resultados del censo de 1962. Los estimados de su trabajo fueron que Kenia tenía una tasa de natalidad bruta de unos 50 nacimientos vivos por cada 1.000 habitantes, una tasa de mortalidad bruta de 20 muertes por cada mil habitantes y, como resultado, una tasa de crecimiento de la población de 3% anual. Blacker produjo un conjunto de proyecciones para la misión indicando que si no cambiaba la fecundidad, la población total de Kenia llegaría a los 30 millones de

habitantes en el año 2000. El estimado promedio actual de las Naciones Unidas para Kenia para el año 2000 es de 30,7 millones de habitantes (Naciones Unidas, 2004). Blacker proyectó también que, si se reducía la fecundidad en un 50% en los próximos 15 años, la población del país en 2000 sería de unos 19 millones de habitantes y luego elaboró una serie de proyecciones para educación, fuerza laboral e ingreso personal para demostrar el impacto potencial de distintos niveles de fecundidad. Por ejemplo, si la fecundidad permanecía sin cambio y si el aumento en la colocación escolar crecía a la tasa proyectada por el Ministerio de Educación, Kenia tendría 1,59 millones de niños entre 6 y 12 años de edad que no podrían entrar al colegio en 1990. Si la fecundidad bajaba en un 50% en 15 años, todos los niños de ese grupo de edad podrían ir al colegio. Preparó proyecciones similares para la cantidad de personas que entraría a la fuerza laboral e indicó, además, que podría esperarse que el ingreso per cápita aumentara en un 40% a 50% más hacia el final del siglo si se reducía la fecundidad que si permanecía igual.

La misión estimó que el costo de impedir un nacimiento sería minúsculo comparado con el costo para el gobierno de ofrecer servicios médicos en el momento del parto, de proporcionar 3,5 años de educación por niño, el promedio predominante en ese tiempo, y de hacer las inversiones requeridas para proveer puestos de trabajo.

Por último, resumiendo el fundamento para un programa de planificación familiar, la misión observó que las madres y sus hijos se beneficiarían en términos de mejor salud, como resultado de un mejor espaciamiento de los hijos y la evasión de nacimientos no deseados entre las mujeres de paridad alta. Concluyó anotando que, contrariamente a las apariencias, Kenia no estaba subpoblado pues su tierra de buena calidad ya estaba densamente ocupada.

Así, los argumentos a favor de un programa nacional de planificación familiar estaban esencialmente dentro del marco demográfico y económico –neomaltusiano– entonces aceptado generalmente. Claramente estuvieron influidos por la experiencia obtenida en otras regiones del mundo, especialmente Asia oriental. La misión propuso un conjunto de objetivos para un programa de población basado en los siguientes principios generales:

- El programa de población debía integrarse a la planeación nacional del desarrollo.
- El programa de planificación familiar debía tener un vínculo claro con los programas de salud en general.
- La participación de las parejas en el programa de planificación familiar tenía que ser totalmente voluntaria y se debían respetar sus deseos y creencias religiosas.

La misión, en efecto, rechazó sus términos de referencia originales. Argumentó que la fijación de una tasa ideal de crecimiento de la población era imposible y propuso que un objetivo mejor era el de aspirar a un nivel mínimo posible de mortalidad y a un nivel de fecundidad tal que todos y cada uno de los hijos fuera un hijo deseado. Adoptó entonces el punto de vista extremadamente optimista de que si todos los hijos eran deseados, la fecundidad podría bajar en un 50% en el término de 10 a 15 años.

La misión hizo recomendaciones detalladas para implementar un programa de planificación familiar que incluyera los siguientes puntos clave:

- El gobierno debía adoptar una política para reducir la tasa de crecimiento de la población que contuviera términos más específicos que los presentados en el documento de sessional.
- El gobierno debía aportar parte de la financiación requerida e involucrar a todos los ministerios pertinentes.
- El método de elección sería el dispositivo intrauterino (DIU).
- Los primeros pasos en relación con investigación de soporte debían ser una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas y un ensayo de campo de uso y aceptación del DIU.
- El gobierno debía hacer énfasis en la capacitación de personal médico en prestación de servicios de planificación familiar.
- El gobierno debía garantizar la disponibilidad de suministros.
- El gobierno debía lanzar un programa de educación pública sobre planificación familiar.
- El gobierno debía asumir el papel principal en la provisión de planificación familiar y la ФРАК un papel de apoyo.
- El gobierno debía fortalecer la recopilación y compilación de estadísticas nacionales, especialmente vitales.
- Se debía solicitar a los partidos políticos su apoyo al programa.
- El gobierno podría utilizar asesores extranjeros para ayudar a implementar el programa.

Los ministerios a los que se solicitó participación para apoyar al de Salud en su papel principal fueron el Ministerio de Planeación Económica y Desarrollo y los de Finanzas, Educación, Cooperación y Servicios Sociales, e Información y Transmisión. Los esfuerzos de los distintos ministerios serían coordinados por el Consejo Nacional de Planificación Familiar, convenidos conjuntamente con el Ministerio de Planeación Económica y Desarrollo y el de Salud. En adición a los ministerios, estaría representado cada uno de los siete gobiernos provinciales.

La misión revisó los recursos médicos disponibles que ofrecerían la base sobre la que se formarían las actividades primarias del programa. En ese tiempo, Kenia tenía unos 800 médicos, pero sólo 20% de ellos estaba en zonas rurales y además sólo un 10% de los médicos eran africanos. El país tenía también 159 hospitales públicos y privados (incluyendo los basados en misión), 160 centros de salud y 400 dispensarios. Claramente, los centros de salud y dispensarios tendrían que ser el medio primario de provisión de planificación familiar. Según el plan, cada centro de salud estaría dirigido por un asistente médico con 10 años de educación básica, 3 de capacitación en enfermería y uno de capacitación en medicina y salud pública. Los miembros de apoyo del centro debían tener al menos dos años de capacitación formal en salud. La misión sugirió agregar un trabajador de planificación familiar dedicado al personal de cada centro y capacitar a los asistentes médicos y parteras para insertar DIU.

La misión recomendó que la FPAK tuviera un papel de apoyo activo, pero hizo explícito su parecer de que la asociación era demasiado débil para asumir la dirección. Sugirió que se estimulara a la FPAK a prestar servicios de planificación familiar en sus propias clínicas.

La misión recomendó también que el gobierno lanzara un programa de información y educación sobre planificación familiar a través de las instalaciones médicas y de salud existentes desde el principio, y que otros programas del gobierno de educación para adultos agregaran la planificación familiar a sus planes de estudio. Eventualmente, el gobierno podría hacer uso de los medios de comunicación masiva, pero esta medida debía tomarse con cautela, pues la planificación familiar seguía siendo un tema sensible en Kenia.

A pesar de la naturaleza atemorizante de las tareas que debían llevarse a cabo en el programa de planificación familiar y la limitación de los recursos humanos y materiales disponibles, la misión expresaba confianza en que se podría establecer el programa. Argumentó que la experiencia en planificación familiar de los municipios de Nairobi y Mombasa y de la FPAK demostraba que la anticoncepción era aceptable.

Con respecto a los costos, la misión estimó que utilizando el personal existente del Ministerio de Salud al principio, se podría emprender el programa con un gasto adicional de unos US\$300.000 para el primer año, subiendo a US\$500.000 por año en los cinco años siguientes. Asumió que la financiación externa podría cubrir la mayor parte de los primeros costos adicionales, pero que el gobierno asumiría la financiación después de los cinco primeros años. La misión sugirió que la financiación externa podría incluir el Population Council, las fundaciones Ford y Rockefeller, la Federación Internacional de Planificación de la Familia, la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional (Sida) y el Ministerio de Desarrollo en Ultra-

mar del Reino Unido. Agregó que en algún momento, la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional podría también estar dispuesta a ofrecer apoyo.

El gobierno aceptó el informe de la misión y adoptó formalmente un programa nacional de planificación familiar, si bien sin mucha divulgación pública y el Ministerio de Salud emitió una circular oficial a los funcionarios médicos provinciales y distritales anunciando el establecimiento del programa nacional de planificación familiar (Henin, 1986). Kenia tuvo así una política formal y un esbozo de un programa. La circular expresaba la intención del ministerio de que la planificación familiar sería una parte integral de los servicios de salud y que la capacitación en planificación familiar para el personal médico empezaría en el futuro próximo. En 1967, el ministerio envió una segunda circular a todos los funcionarios médicos del gobierno, autoridades locales y hospitales de misión, afirmando que debían ponerse a disposición del público los servicios de planificación familiar, que debía capacitarse al personal y que los servicios se prestarían gratis. El ministerio llegó a un acuerdo de trabajo con la FPAK en cuanto a que la prestación de los servicios de planificación familiar los prestaría en gran parte el ministerio y la FPAK enfocaría el trabajo de su personal de campo de 50 personas en la motivación y reclutamiento de aceptantes de anticonceptivos (Gachuhi, 1972). Aparte de estas iniciativas del ministerio, no parecen haber tenido lugar otras actividades relativas a la planificación familiar o al crecimiento de la población en ningún otro ministerio a finales de los años sesenta.

Fue evidente una oposición abierta limitada a las iniciativas de la política de población. Chimbweteà, Zulu y Watkins (2003) informan que en 1967, el entonces vicepresidente de Kenia, Oginga Odinga, se opuso públicamente a la planificación familiar, supuestamente asegurando que la planificación familiar era simplemente un complot racista de los blancos para eliminar a los africanos. Sin embargo, en ese tiempo, Odinga estaba próximo a renunciar del partido nacional, la Unión Nacional Africana Keniata y a formar un partido de oposición, la Unión del Pueblo de Kenia. En el entorno de la Guerra Fría de esa época, Odinga inclinó a la Unión del Pueblo de Kenia a lazos más estrechos con la antigua Unión Soviética (Kyle, 1999), mientras la Unión Nacional Africana Keniata era prooccidental. Odinga pudo así estar anticipando enérgicamente el punto de vista propuesto en la Conferencia Mundial de Población de 1974 de que “el desarrollo es el mejor anticonceptivo”. La oposición de Odinga puede haber también reflejado la dinámica de la política local: si la Unión Nacional Africana Keniata estaba a favor de una política particular, entonces la Unión del Pueblo de Kenia la retaría.

En contraste, Gachuhi (1972) describe la oposición al programa como insignificante y esporádica. En su opinión, la oposición se basó principalmente en la percepción pública equivocada de Kenia como país subpoblado y observa que la Iglesia cató-

lica había presentado poca oposición, que los hospitales de misión católicos ofrecían servicios de planificación familiar a los no católicos que los solicitaban y que la FPAK había recibido apoyo para planificación familiar de líderes musulmanes. Informa también que los militares apoyaron el programa nacional de planificación familiar. De hecho, en conversaciones informales, entre intelectuales y otras personas en Nairobi a finales de los años sesenta, la objeción más comúnmente expresada a la planificación familiar era que estimularía la inmoralidad porque si las mujeres tenían control de su propia fecundidad, estarían más dispuestas a tener relaciones extramaritales.

Según Gachuhi (1972) y Henin (1986), el director de servicios médicos del Ministerio de Salud tenía la responsabilidad general del programa de planificación familiar, que estaba estrechamente vinculado a la prestación de servicios de salud materno-infantil. La Sección de Epidemiología del Ministerio de Salud recopilaría e informaría las estadísticas del programa, mientras la capacitación de personal sería responsabilidad de la Unidad de Educación de Salud del ministerio. Se informó comparativamente poca actividad en forma de actividades de información y educación.

A finales de los años sesenta y principios de los setenta, el programa recibió apoyo internacional útil, pero algo fragmentado. El Population Council aportó un asesor médico al Ministerio de Salud y un demógrafo a la Universidad de Nairobi; la Sida financió un asesor administrativo en el Ministerio de Salud y cubrió el costo de las píldoras anticonceptivas y los DIU para el programa; la Fundación Ford otorgó becas para capacitación y viajes; la Federación Internacional de Planificación de la Familia apoyó a la FPAK con el costo de equipos móviles que prestaban servicios de planificación familiar; el gobierno de los Países Bajos aportó dos obstetras ginecólogos, dos enfermeras-parteras, un citólogo, un demógrafo y un estadístico; el gobierno de Noruega aportó equipo médico para 50 clínicas; la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional aportó un experto en educación en salud y equipo audiovisual; la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura financió un programa de capacitación en vida familiar que incluyó planificación familiar y Family Health International lanzó un plan de mercadeo social de anticonceptivos (Ajayo y Kekovole, 1998).

El cuadro 23.1 presenta cifras sobre las actividades de clínicas de planificación familiar desde el inicio del programa. Como se ve allí, el programa creció con rapidez en los primeros años y luego se estabilizó con una admisión de aceptantes iniciales de alrededor de 50.000 por año. El número de aceptantes aumentó nuevamente en 1976-78 seguido de un regreso a la cantidad estable anterior a finales de los años setenta y principios de los ochenta. Dadas las expectativas en gran parte optimistas sobre el desempeño inicial del programa y el hecho de que durante ese período Kenia tenía unos 500.000 o más nacimientos por año, los resultados fueron sin duda frustrantes y desalentadores.

Cuadro 23.1 Asistencia a clínicas de planificación familiar, 1967-82

Año	Primeras visitas		Visitas repetidas		Aceptantes	
	Número (miles)	Cambio porcentual	Número (miles)	Cambio porcentual	Número (miles)	Cambio porcentual
1967	6,4	—	13,9	—	—	—
1968	13,1	106	28,8	108	—	—
1969	29,8	127	72,9	153	—	—
1970	35,1	18	113,7	56	—	—
1971	41,1	17	138,7	22	—	—
1972	45,2	10	172,3	24	—	—
1973	50,1	11	211,2	23	47,3	—
1974	51,4	3	236,4	12	48,5	2
1975	53,5	4	244,2	3	51,0	5
1976	61,2	15	271,5	11	52,5	3
1977	72,6	19	283,7	4	71,4	36
1978	74,7	3	302,8	8	74,7	5
1979	64,8	-13	308,3	2	63,8	-15
1980	65,4	1	350,4	14	53,2	-16
1981	58,7	-10	296,9	-15	57,7	8
1982	54,5	-7	296,9	0	54,1	-7

Fuente: Ministerio de Finanzas y Planeación, 1984.

Nota: — = no disponible.

Esfuerzos para revitalizar el programa

Claramente las mujeres keniatas fueron más que exitosas en tener el gran número de hijos que decían deseaban tener (unos seis) en respuesta a la pregunta sobre el tamaño ideal de la familia en las primeras encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas (Dow, 1967; Heisel, 1968) y en la encuesta posterior sobre fecundidad (Lightbourne, 1985), que formó parte de la encuesta mundial de fecundidad.

El opaco desempeño del programa nacional de planificación familiar en los primeros años de la década de 1970 y las altas tasas de crecimiento de la población y fecundidad reveladas por el censo de 1969 estimularon al gobierno y a los donantes a intentar revitalizar el programa. En 1971, el gobierno solicitó formalmente al Banco Mundial ayuda para montar un programa mayor y renovado (Faruqee, 1980; Henin, 1986; Holmberg y otros, 1984; Unfpa, 1979). El enfoque primario estaría en la capacitación de personal médico a nivel de apoyo, el fortalecimiento de la información

y educación, y el mejoramiento de la administración del programa, o en hacer un mejor trabajo de implementar las primeras recomendaciones del Population Council y no cambiarlas.

El gobierno preparó un plan quinquenal para 1975-79. El presupuesto para planificación familiar fue de US\$39 millones, con el 32% del costo para ser cubierto por el gobierno y el resto provisto por donantes multilaterales, bilaterales y no gubernamentales. La Asociación de Desarrollo Internacional del Banco Mundial aportó US\$12 millones y otros donantes importantes fueron la Sida (US\$5,4 millones), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (US\$3,3 millones), la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional (US\$3,5 millones), el gobierno de la República Federal de Alemania (US\$1,8 millones) y el Ministerio Británico de Desarrollo en Ultramar (US\$0,9 millones). Los fondos de la Asociación de Desarrollo Internacional se debían utilizar para cubrir costos de capital: 8 escuelas de capacitación de enfermeras comunitarias, 30 nuevos centros rurales de salud, un edificio para las oficinas principales del Nacional Family Welfare center (NFWC) y un centro de educación en salud (Faruqee, 1980).

Junto a los costos de capital, una iniciativa clave del programa en 1975-79 fue el establecimiento de la NFWC para la administración general del programa de planificación familiar. El director del centro sería el director diputado de servicios médicos del Ministerio de Salud y su mandato incluyó la administración y planeación, servicios clínicos, capacitación, información y educación, y evaluación e investigación.

Otros objetivos del programa para 1975-79 fueron un aumento en gran escala del número de puntos de prestación de servicios de planificación familiar, especialmente en zonas rurales; un aumento similar en gran escala del número de enfermeras y parteras inscritas en el programa; reclutamiento y capacitación de un nuevo grupo base de trabajadores de campo, educadores de campo en salud familiar y la provisión de vehículos y otros medios de transporte.

Temas y problemas del programa

El apoyo de múltiples fuentes al programa fue una contribución bienvenida, pero no estuvo sin problemas. En su informe de evaluación de necesidades, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa, 1979) indicó que, en total, 24 agencias internacionales participaban activamente en el programa a mediados de los años setenta y una misión de evaluación de Sida llamó la atención sobre la falta de coordinación entre los donantes internacionales, aunque reconoció que dicha coordinación tendría que haberse efectuado en forma que no socavara la autoridad del Ministerio de Salud (Holmberg y otros, 1984).

En adición a la debilidad de la coordinación entre los donantes, se identificaron otras fallas. Henin (1986) enumera una serie deprimente de fracasos en el reclutamiento para los puestos superiores de la administración en el NFWC y nota que no fue sino hasta 1982 que se nombró al primer director de tiempo completo, esto es, ocho años después de la iniciación del primer Plan Quinquenal 1975-79. El desempeño también tuvo sus problemas en cada una de las divisiones del NFWC. Por ejemplo, nunca puso a funcionar un sistema de control y evaluación. Las estadísticas del servicio se basaron en información limitada recopilada de los nuevos aceptantes. Estos datos se informaron entonces en forma incompleta a la administración centralizada del NFWC. Su División de Evaluación e Investigación, a su vez, nunca contó con personal con la suficiente pericia para analizar completamente e informar sobre los datos recibidos durante el período de cinco años del plan. Similarmente, la ineficacia de la División de Información y Educación fue tal que la Sida canceló su apoyo a esa actividad a mediados de los años setenta.

Finalmente, Henin (1986, p. 38) ofrece una descripción melancólica de las facilidades de transporte: en 1977, el centro tenía un total de 23 vehículos, de los cuales 12 estaban fuera de operación. En julio de 1982 se otorgó autorización para reparar los vehículos restantes, pero cuando se acordó el Plan Quinquenal original, se había hecho referencia a la provisión de 87 vehículos.

En contraste, Faruqee (1980) cita algunos logros dignos de mención a nivel operativo. Se agregaron unos 300 puntos de prestación de servicios durante el período del plan, se cumplió el objetivo de enfermeras, parteras y otros miembros del personal de campo inscrito al programa, se reclutó, capacitó y puso en función a 300 educadores de campo en salud familiar. Finalmente, como se ve en el cuadro 23.1, para finales de los años setenta, el programa había atendido a más de 600.000 nuevos aceptantes.

Al mismo tiempo, debe atemperarse la buena noticia sobre personal, informada por Faruqee. Un informe muy posterior del Population Council (1992) indicó que menos de la mitad de los trabajadores del Ministerio de Salud que recibió capacitación en salud materno-infantil y planificación familiar entre 1972 y 1989 era la que realmente prestaba dichos servicios. Sólo puede conjeturarse si el deficiente registro de retención de personal fue un problema único para estos trabajadores, para todos los del Ministerio de Salud, o de hecho fue común a todo el servicio civil.

Se han sugerido objetivos cuantitativos para el plan 1975-79: reclutar unos 700.000 nuevos aceptantes en el período del plan e impedir 150.000 nacimientos. Si el plan tenía éxito, los participantes sugerían que la tasa de fecundidad total caería a 4,7 nacimientos por mujer en 1999 (Henin, 1986). Como se anotó, la ONU (2004) estimó la tasa de fecundidad total para ese año en 5,0. Esto es, Kenia estaba desfasada en menos de 7% para alcanzar el objetivo fijado en 1974, un logro digno de mencionarse.

Las evaluaciones realizadas a finales de los años setenta mostraron poca evidencia de que el programa se acercaría a cumplir sus objetivos a largo plazo y más bien predominaba un ambiente de consternación y desaliento. Varias evaluaciones realizadas en la década de 1970 determinaron que el programa nacional de planificación familiar presentaba un desempeño inferior e iba seriamente a la deriva (Henin, 1986); Holmberg y otros, 1984; Unfpa, 1979). En general, las primeras evaluaciones tendieron a enfocarse en áreas específicas de debilidad operativa en lugar de cuestionar la validez de la formulación original del programa. Las debilidades más notables identificadas fueron la falta de suplir las necesidades de personal, en la administración del programa, y en el fomento del crecimiento de la demanda de planificación familiar, especialmente en las zonas rurales.

Los observadores anotaron que la escasez de personal capacitado estaba bloqueando seriamente el programa. En algún punto en los primeros cinco años del programa, el Ministerio de Salud reconoció que la escasez de médicos (agravada hasta cierto punto por el retiro de personal extranjero y movimientos hacia la “kenialización”) llevó a la decisión de autorizar a las enfermeras, asistentes médicos y parteras a proporcionar anticonceptivos, incluida la inserción de DIU (Gachuhi, 1972). Los médicos tendrían una operación de supervisión.

Un problema observado usualmente fue que la enorme demanda de servicios curativos inmediatos dejó al personal poco tiempo para los servicios preventivos, incluida la planificación familiar. Un consenso compartido amplia pero no universalmente entre los profesionales médicos fue que simplemente no podía permitirse que los pacientes continuaran sufriendo y quizás con riesgo de morir, para cumplir objetivos demográficos. Así sucedió aun entre muchos que podían ver fácilmente que era esencial, a largo plazo, reducir la tasa de crecimiento de la población y los niveles de fecundidad.

La confrontación con la realidad de las necesidades insatisfechas llevó a un desvanecimiento del optimismo de los primeros años de la independencia. La percepción del grado de necesidades insatisfechas en salud y los demás campos del desarrollo llevó a una creciente consternación. Después de que la ‘Emergencia’ había sido controlada, se había obtenido la independencia y estaba surgiendo la economía, el optimismo era general, pero para principios de los años setenta, la mayoría estaba haciéndose oír y demandando servicios que nunca se habían provisto y ni siquiera reconocido. En algunos aspectos, la demanda creciente de servicios médicos en Kenia no era distinta de la experiencia de la mayoría de los países, desarrollados y en desarrollo. Sin embargo, en Kenia el proceso empezaba desde un nivel extremadamente bajo. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil estaba en cerca de 150 muertes por cada 1.000 nacimientos a principios de los años cincuenta y no cayó por debajo de 100 hasta principios de los años setenta.

Existía una situación análoga en la mayoría de los demás campos en los que se había solicitado la acción en apoyo de la planificación familiar. Por ejemplo, en el campo de la agricultura, muchos especialistas, desde asesores extranjeros y supervisores de programas hasta demostradores de campo, reconocieron completamente la necesidad de atender el rápido crecimiento de la población y le dieron la bienvenida al programa de planificación familiar. Sin embargo, también estaban comprometidos sobre todo con su propio campo de trabajo. Su preocupación era aumentar la productividad de las parcelas y estaban satisfechos con que el Ministerio de Salud se encargara de la planificación familiar. Aunque reducir la tasa de crecimiento de la población de Kenia se aceptaba generalmente como una necesidad crucial, para los especialistas agrícolas debía tener prioridad ganar la cosecha de este año y el próximo; había que alimentar a los que ya habían nacido. Predominó una situación similar en otros campos como la educación y la capacitación básica de alfabetización.

En adición a la falta de apoyo activo para el programa de instituciones y especialistas de otros campos del desarrollo, el programa de planificación familiar sufrió de una variedad de debilidades adicionales. Un problema principal fue que el personal del Ministerio de Salud carecía de capacitación en la prestación de servicios de planificación familiar y en las razones para ofrecerlos. Para los profesionales médicos trabajando a finales de los años sesenta y principios de los setenta, tales tópicos rara vez habían sido parte del plan de estudios cuando recibieron su capacitación. Otra vez, compensar la deficiencia en capacitación exigía recursos adicionales en un momento en que el Ministerio de Salud apenas podía suplir las necesidades curativas más básicas.

Otro campo importante de debilidad identificado en las evaluaciones fue la administración general del programa. Los puestos principales de la administración asociados con el programa estuvieron vacantes por largos períodos; no se podían tomar decisiones oportunamente; los expertos a menudo encontraban que no podían utilizar su pericia por estar obligados a actuar como gerentes sustitutos del programa; el control y la supervisión del personal de campo era muy deficiente y se descuidaron las tareas administrativas como asegurar el flujo continuo de suministros clínicos, especialmente a los centros y subcentros rurales. Simplemente no había suficiente cantidad de administradores de programas calificados y dedicados para mantener el sistema operando normalmente. El resultado a nivel de clínicas fue, como es lógico, que el desempeño del programa falló claramente en satisfacer las expectativas.

Al mismo tiempo que aumentaba la demanda de los servicios en los años sesenta hubo fuertes expectativas en los círculos oficiales de que iba a ocurrir rápidamente la “kenialización” del servicio civil y muchos funcionarios expatriados se fueron apenas pudieron encontrar oportunidades fuera el país; sus oportunidades de carrera

a largo plazo claramente no iban a mejorar con los recientes cambios políticos. Al mismo tiempo, la época de finales de los años sesenta y principios de los setenta fue un período de crecimiento económico moderadamente saludable en el Reino Unido y aun mejor crecimiento en Australia, Canadá y Estados Unidos, de modo que había puestos de trabajo disponibles en el exterior. Naturalmente, no todos deseaban irse. Algunos funcionarios oficiales de origen europeo estaban profundamente comprometidos a continuar el trabajo en la nueva Kenia, contribuir como mejor pudieran y ser parte de la nueva sociedad multirracial. Muchos sobresalieron verdaderamente en cuanto a la calidad de su trabajo, pero fueron pocos.

No obstante, los keniatas reconocieron que era esencial la “kenialización” rápida. La nueva nación no podía estar segura si su servicio civil continuaba dependiendo de expatriados. El proceso se enfrentaba a dos retos. Primero, la oferta de candidatos era insuficiente para llenar las vacantes que aparecían con la partida de los expatriados y la necesidad de llenar los nuevos puestos que se agregaban para cumplir la mayor demanda de servicios. Segundo, la “kenialización” de los niveles superiores del servicio civil requería promover rápidamente a los keniatas a los cargos superiores. En muchos casos, esto se hizo sin dificultad, pero en otros les dio a los individuos pocas oportunidades de ganar experiencia en administración y confianza propia. Algunos sencillamente no estaban calificados para los cargos que se les solicitó ocupar.

La disponibilidad de asistencia técnica permitió al servicio civil satisfacer algunas de sus necesidades de administración. Los donantes extranjeros estuvieron en general dispuestos a proveer especialistas expatriados para trabajar en Kenia como parte de su apoyo a programas y proyectos. La misión del Population Council había recomendado explícitamente que se utilizara tal pericia internacional en el programa nacional de planificación familiar. De modo que los asesores técnicos expatriados representaron un papel crucial implementando y administrando el programa de planificación familiar. La mayoría fueron dedicados e hicieron contribuciones sobresalientes; sin embargo, el uso generalizado de expatriados produjo algunos problemas distintivos. Primero, tendían a venir por períodos fijos de tiempo, a menudo cortos: era común una estadía de dos a tres años. La rotación comparativamente alta resultó inevitablemente en una eficacia menos que óptima. Segundo, a la mayoría la reclutó una organización internacional y después se los pasó a una institución africana, lo que significó que hasta cierto punto los expatriados debían ser conscientes de las demandas y expectativas de dos instituciones, una local y otra internacional.

Un tema que creció en importancia a través de los años fue la necesidad de fortalecer los programas de información y educación para estimular la demanda de planificación familiar. Mientras los nuevos aceptantes habían surgido en los primeros años del programa (cuadro 23.1), rápidamente se estabilizaron. La mayoría de los

observadores se percató de que debía hacerse más que simplemente agregar nuevos puntos de prestación de servicios.

Al establecerse el programa, la atención se fijó primariamente en la prestación directa de servicios anticonceptivos, una actividad por la que el Ministerio de Salud era en gran parte responsable. La FPAK asumiría la responsabilidad primaria por las actividades de motivación y de campo para reclutar nuevos aceptantes a la planificación familiar. También continuaría, junto a los municipios de Nairobi y Mombasa, prestando servicios de planificación familiar en sus clínicas.

Henin (1986) informa que la FPAK hizo contribuciones importantes a los éxitos que consiguió el programa de planificación familiar durante finales de los años sesenta y principios de los setenta. Las unidades móviles de la FPAK reclutaron alrededor de un tercio de todos los aceptantes iniciales y los de repetición en las clínicas de planificación familiar, una contribución bastante fuerte a un programa generalmente débil.

La división del trabajo entre el Ministerio de Salud y la FPAK no se mantuvo con rigor en los años setenta. Ambas instituciones prestaron algunos servicios directos de anticoncepción y emprendieron algunas actividades de información y educación. Sin embargo, el punto esencial es que fueron relativamente débiles en relación con las actividades de motivación en general. Virtualmente todas las evaluaciones indicaron que el desempeño del programa en el campo de la información y la educación estuvo significativamente por debajo de las expectativas. Por ejemplo, la evaluación de la Sida indicó que en 1974-75 sólo se utilizó realmente el 40% del monto presupuestado para información y el 60% del monto destinado a educación (Holmberg y otros, 1984).

La FPAK experimentó su propia debilidad administrativa y de prestación de servicios. Tuvo problemas de administración y responsabilidad a principios de los años setenta y en 1981, la Federación Internacional de Planificación de la Familia, una fuente primaria de financiación externa para la FPAK, se vio obligada a asumir la supervisión directa de la asociación por varios años (Holmberg y otros, 1984).

En adición a la falta de eficacia en relación con la información y la educación por parte del Ministerio de Salud y de la FPAK, crecía la conciencia de que crear demanda de planificación familiar no iba a ser una tarea fácil. A diferencia de la experiencia en otras regiones del mundo, poca evidencia señalaba que había una gran demanda de servicios anticonceptivos insatisfecha. Esa conciencia llevó a varios comentaristas a sugerir que Kenia debía explorar formas adicionales de aumentar la demanda de planificación familiar.

Se mencionaron con frecuencia tres enfoques. Primero, debía complementarse el trabajo de los motivadores y educadores de planificación familiar agregando educación sobre planificación familiar y población al trabajo de los especialistas de campo en otras áreas, como maestros, trabajadores sociales y agentes de extensión agrícola.

Segundo, la planeación del desarrollo en general debía dar prioridad a las actividades con mayor probabilidad de disminuir la demanda de hijos. Así, criterios para adoptar una política dada agrícola o educativa no deberían ser simplemente su impacto en la producción de los cultivos o los logros educativos, sino también su impacto en la fecundidad humana. Tercero, algunos comentaristas urgieron que el programa de planificación familiar adoptara varias clases de incentivos y desincentivos directos. Sin embargo, ninguna de estas propuestas pareció avanzar mucho más allá de la etapa de discusión.

Al pasar el tiempo, empezó a aparecer otra forma de evaluación de programas de mayor alcance. El énfasis aquí no se hacía en lo inadecuado de la implementación del programa, sino en las fallas en la formulación original de éste. Se hicieron notar dos puntos clave. Primero, el programa original como fue formulado por la misión del Population Council de 1965 fue indebidamente optimista sobre lo que podía lograrse (Ajayo y Kekovole, 1998).

Como resultado, el programa fue vulnerable a la crítica de cualquiera que cuestionara la necesidad o lo apropiado de la planificación familiar en Kenia, por cualquier razón. Este punto de vista puede tener alguna validez. Los años intermedios de la década de 1960 fueron tiempo de considerable optimismo en Kenia, como en otras antiguas colonias africanas y no sólo en el campo de la población, que no era el único campo en el que el optimismo de los primeros días de la independencia dejaba de estar a la altura de las expectativas en el África subsahariana.

La segunda crítica fue que la formulación original de la política falló fundamentalmente en que no tuvo lo bastante en cuenta a las instituciones particulares de Kenia (Chimweteà, Zulu y Watkins, 2003; Frank y McNicoll, 1987). Eso llevó al fracaso del programa, que a su vez hizo la política vulnerable a la crítica y aun al rechazo. Algunos comentaristas han descrito este enfoque fallido como un caso en que los asesores internacionales traen un conjunto de recomendaciones de políticas tipo "talla única" que omitió atender las realidades de Kenia. Las recomendaciones que los asesores internacionales llevaron a Kenia estaban ciertamente informadas por la experiencia disponible en el momento y se derivaron principalmente de los programas de población de Asia. Facilitar el proceso por el cual un país aprende de lo que parecen ser buenas prácticas en otros países es un papel que a menudo representan los expertos profesionales. Está sujeto al debate si necesariamente conduce a malas prácticas.

Algunos han argumentado que la adopción por parte de Kenia de las recomendaciones internacionales como su política nacional de población, con escaso debate interno anterior en el parlamento o en foros académicos u otros, proporcionó insuficiente oportunidad para adaptar el programa a las necesidades y realidades particulares de Kenia. Sin embargo, la adopción rápida del programa puede haber sido no

más que el resultado de un sentido de urgencia sobre la alta tasa de crecimiento de la población, emparejada con lo que en retrospectiva parece haber sido una confianza injustificada en la capacidad del gobierno de planear el desarrollo social y económico utilizando soluciones tecnócratas. El proceso puede haber hecho que la política estuviera más sujeta a la crítica posterior.

Algunos críticos han argumentado que un factor importante de la debilidad del programa de planificación familiar fue resultado de retardo deliberado por parte del Ministerio de Salud (Chimweteà, Zulu y Watkins, 2003). Estos críticos sugieren que el personal superior del ministerio se oponía a muchos aspectos del programa de planificación familiar, que aceptaban la asistencia internacional que presionaba al país, pero efectivamente se abstuvieron de implementar los elementos del programa que consideraban potencialmente problemáticos. Es difícil decir si el retardo deliberado fue de hecho un factor significativo en la debilidad general del programa y ciertamente hubo problemas más que suficientes para producir la misma debilidad en programas en el campo de la población como en muchos otros sectores.

Conclusión de la primera fase de la política y el programa

Al finalizar los años setenta, ocurrieron tres eventos importantes. Primero, en 1978, murió el presidente Kenyatta, que fue reemplazado por Daniel Arap Moi, con Kibaki como vicepresidente. Terminó así la época marcada por la carencia de fuerte liderazgo en asuntos de población (que reflejó la falta de interés de Kenyatta y la ausencia de Mboya, asesinado en 1969). El presidente Moi y el vicepresidente Kibaki reconocieron claramente la urgente necesidad de atender la extremadamente alta tasa de crecimiento de la población, considerándola como un serio impedimento para el desarrollo económico y social. En los años ochenta, presentaron el tema al público y lo convirtieron en alta prioridad para el servicio civil y la dirección política del país.

Segundo, el robusto crecimiento económico de Kenia a nivel macroeconómico se estabilizó y estancó a finales de los años setenta y principios de los ochenta. Claramente, el crecimiento de la economía no iba a llegar a todos y la creación de puestos de trabajo obviamente iba a ser completamente insuficiente para atender el crecimiento de la fuerza laboral.

Tercero, el censo de 1979 reveló que el crecimiento de la población continuaba a una alta tasa, siendo impulsado por una poderosa dinámica demográfica. De 1969 a 1979, la población total aumentó por encima del 40% y era de más de 15 millones de habitantes. Aunque la fecundidad parecía ya ser tan alta –una tasa de fecundidad total de alrededor de 8 hijos por mujer– que no podría subir mucho más, eso sirvió de poco consuelo. Además, no existía evidencia clara que indicara que la fecundidad empezaba

a disminuir. Los hallazgos les recordaron a todos los interesados que el crecimiento de la población como lo experimentaba Kenia era un tema de desarrollo que no podía ignorarse y el hacerlo pondría en peligro los demás objetivos de desarrollo.

Como resultado, así como durante finales de los años sesenta cuando los practicantes de la población solían ser excesivamente optimistas sobre lo que podían lograr, durante finales de los años setenta tendieron a ser demasiado pesimistas. No obstante, a pesar de sus fallas y debilidades, los primeros diez años del programa nacional de planificación familiar de Kenia dejaron un fundamento institucional que pudo facilitar el comienzo de la transición de la fecundidad del país. En los próximos 25 años, la tasa de fecundidad total caería a un 38%.

Referencias

- Ajayo, Ayorinde y John Kekovole. 1998. "Kenya's Population Policy: From Apathy to Effectiveness." En *Do Population Policies Matter? Fertility and Politics in Egypt, India, Kenya, and Mexico*, ed. Anrudh Jain, 113–56. Nueva York: Population Council.
- Bunyi, Grace. 2006. "Real Options for Literacy Policy and Practice in Kenya." Documento encomendado para la Education Foundation for Africa, Nairobi, Kenia.
- Burrows, John. 1975. *Kenya: Into the Second Decade*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Central Bureau of Statistics. 1996. *Kenya Population Census, 1989*. Nairobi: Central Bureau of Statistics, Office of the Vice President, and Ministry of Planning and National Development.
- Chimbweteàà, Chiweni, Eliya Zulu y Susan Cotts Watkins. 2003. "The Evolution of Population Policies in Kenya and Malawi." Documento de trabajo No. 27, African Population and Health Research Center, Nairobi. <http://www.aphrc.org>.
- Dow, Thomas, Jr. 1967. "Attitudes toward Family Size and Family Planning in Nairobi." *Demography* 4 (2): 780–97.
- Faruqee, Rashid. 1980. *Kenya: Population and Development*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Frank, Odile y Geoffrey McNicoll. 1987. "An Interpretation of Fertility and Population Policy in Kenya." *Population and Development Review* 13 (2): 209–43.
- Gachuhi, J. Mugo. 1972. "Family Planning in Kenya: Program and Problems." Documento presentado en la United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization and World Health Organization Consultation on Communication and Education in Family Planning, diciembre 12, Nueva Delhi.
- Ghai, Dharam, Martin Godfrey y Franklyn Lisk. 1979. *Planning for Basic Needs in Kenya: Performance, Policies and Prospects*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.

- Heisel, Donald. 1968. "Attitudes and Practice of Contraception in Kenya." *Demography* 5 (2): 632–41.
- Henin, Roushdi. 1986. *Kenya's Population Program 1965–1985: An Evaluation*. Nairobi: Population Council.
- Holmberg, Ingvar y otros. 1984. *Evaluation of Swedish Assistance for Family Planning in Kenya*. Estocolmo: Swedish International Development Cooperation Agency.
- Kelley, Allen y Charles Nobbe. 1990. "Kenya at the Demographic Turning Point? Hypotheses and a Proposed Research Agenda." Documento de discusión 107, Banco Mundial, Washington, DC.
- Kyle, Keith. 1999. *The Politics of the Independence of Kenya*. Nueva York: Palgrave.
- Lapham, Robert y W. Parker Mauldin. 1984. "Family Planning Program Effort and Birth Rate Decline." *International Family Planning Perspectives* 10 (4): 109–18.
- Leavey, Edmond y otros. 1962. *The Economic Development of Kenya*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Leys, Colin. 1974. Underdevelopment in Kenya: *The Political Economy of Neo-Colonialism, 1964–1971*. Berkeley y Los Ángeles: University of California Press.
- Lightbourne, Robert E. 1985. "Individual Preferences and Fertility Behaviour." En *Reproductive Change in Developing Countries: Insights from the World Fertility Survey*, ed. John Cleland y John Hobcraft, Oxford, R.U.: Oxford University Press, 838–61.
- Maddison, Angus. 2003. *The World Economy: Historical Statistics*. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- Maloba, Wunyabari, 1993. *Mau Mau and Kenya: An Analysis of a Peasant Revolt*. Bloomington e Indianapolis: Indiana University Press.
- Mauldin, W. Parker y Bernard Berelson. 1978. "Conditions of Fertility Decline in Developing Countries, 1965–1975." *Studies in Family Planning* 9 (5): 89–147.
- McNicoll, Geoffrey. 2006. "Policy Lessons of the East Asian Demographic Transition." *Population and Development Review* 32 (1): 57–74.
- Ministry of Economic Planning and Development. 1967. *Family Planning in Kenya: Report Submitted to the Government of Kenya by an Advisory Mission of the Population Council of the United States of America*. Nairobi: Ministry of Economic Planning and Development.
- Ministry of Finance and Planning. 1984. *1984 Economic Survey*. Nairobi: Central Bureau of Statistics.
- Molnos, Angela, ed. 1972. *Cultural Source Materials for Population Planning in East Africa*. Nairobi: East African Publishing House.
- Naciones Unidas. 2004. *World Population Prospects: The 2004 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <http://esa.un.org/unpp>.

- Population Council. 1992. *Kenya: Evaluation, MOH In-Service Training. Final Report (Condensado)*. African Operations Research and Technical Assistance Project. Nairobi: Population Council.
- Republic of Kenya. 1965. Sessional Paper No. 10: *African Socialism and Its Application to Planning in Kenya*. Nairobi: Government Printer.
- Robinson, Warren. 1992. "Kenya Enters the Fertility Transition." *Population Studies* 46 (2): 235–54.
- Unfpa (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 1979. *Kenya: Report of Mission on Needs Assessment for Population Assistance*. Informe No. 15. Nueva York: Unfpa.
- Watkins, Susan Cotts. 2000. "Local and Foreign Models of Reproduction in Nyanza Province, Kenya." *Population and Development Review* 26 (4): 725–59.

VII

Conclusiones y enseñanzas para el futuro

Warren C. Robinson y John A. Ross

En 1960, pocas personas del mundo en desarrollo usaban anticonceptivos. Quince años después era común su uso y ahora la mayoría de las parejas usan algún método de anticoncepción. Durante esos primeros años ocurrió una callada innovación social: el programa nacional oficial para implementar la práctica anticonceptiva en todo el país. Esa innovación se esparció en gran parte del mundo en desarrollo, llegando a ser un nuevo determinante de la fecundidad e hizo mucho para revertir las actitudes pronatalistas tradicionales. La historia de esa revolución merece un nuevo examen, como el realizado en el presente volumen.

Los 23 casos de estudio aquí presentados fueron los primeros intentos nacionales de establecer programas organizados de planificación familiar para poblaciones enteras. Existen disponibles recuentos útiles de la historia del movimiento de la planificación familiar (Donaldson y Tsui, 1988; Mason, 2001; Seltzer, 1998; Watso, 1977), pero la riqueza de los primeros estudios y análisis de países ha estado muy olvidada (*ver*, por ejemplo, Bogue, 1968; Bulatao, 1993; Freedman y Berelson, 1976; Mauldin, 1978; Mauldin y Berelson, 1978; Nortman, 1969, Watson, 1977). Gran parte de la historia detrás de la creación de los programas nacionales se ha desvanecido y los jóvenes que entran al campo tienen un conocimiento limitado de eso. Los planeadores de programas de salud reproductiva relacionados carecen de acceso fácil a las enseñanzas obtenidas de los años formativos de los intentos de planificación familiar orientados nacionalmente. Es útil por esto llenar esos vacíos ofreciendo recuentos de esas experiencias y sus implicaciones para los intereses de hoy.

La selección de los programas aquí presentados toca tres continentes y un diverso rango de historias, entornos socioeconómicos y resultados. Los autores son profesionales destacados con experiencia de primera mano en los programas; lamentablemente, el prejuicio de género del período ha dado como resultado una autoría predominantemente masculina. Todos los autores elaboraron sus recuentos en forma independiente, poniendo atención a los orígenes de las políticas, estructuras de los

programas, participación de donantes, dificultades encontradas, enseñanzas e implicaciones para otros países y programas. Naturalmente, los capítulos resultantes varían en cuanto a su balance de la historia, análisis y reflexiones personales, dada la amplia diversidad de contextos nacionales y tipos de programas.

Nuestra conclusión general es que, en su mayor parte, el “experimento” del programa de planificación familiar funcionó: las intervenciones de políticas y programas contribuyeron en forma sustancial al ascenso revolucionario del uso de anticonceptivos y a la reducción de la fecundidad que ha ocurrido en el mundo en desarrollo en las últimas tres décadas. Los resultados alcanzados no se obtuvieron fácilmente y no fueron uniformes en todos los programas estudiados. Los optimistas fueron inicialmente demasiado optimistas en algunos casos, pero los pesimistas fueron demasiado pesimistas en casi todos los casos. La cultura y los valores pronatalistas tradicionales demostraron no ser barreras insuperables para los logros del programa, aunque la modernización socioeconómica fue, como lo previeron algunos, casi tan importante como los mismos programas. Nuestra tarea en este capítulo final es confrontar y simplificar la complejidad de la experiencia específica de cada país y ofrecer una guía para los futuros planeadores y administradores de programas.

El marco política-programa-resultados

Ningún marco descriptivo puede capturar la complejidad del proceso por el cual surgieron los programas nacionales, pero el marco sencillo que se presenta en el cuadro 24.1 dispone algunos de los elementos. La política puede significar una posición formal sobre un tema, adoptada usualmente por parte de un gobierno, que las estructuras accionan y que intenta cambiar el futuro. Puede generar un importante programa que produzca un conjunto de resultados que puedan ser evaluados y seguidos. Aunque, en realidad, el proceso no siempre es lineal, secuencial o predecible. Está matizado por factores de antecedentes y es empujado en distintas direcciones por fuerzas positivas y negativas del entorno, como también por rasgos estructurales del programa mismo. Al simplificar algo de esta complejidad, podemos ofrecer un marco que abarque algo de la riqueza de información de los 23 casos de estudio.

Política

Normalmente, el primer paso de la progresión política-programa-resultados es la definición y adopción de una “política”, pero este término ha venido a tener distintos significados en diversos contextos, por lo que tenemos que ser claros en su interpretación.

Cuadro 24.1 Elementos que afectan las políticas y los resultados

I. Entorno		
<i>Factores positivos para la adopción de la política</i>	<i>Factores generales</i>	<i>Factores negativos contra la adopción de la política</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Imperativo económico • Apoyo público • Líderes políticos favorables • Organizaciones no gubernamentales bien establecidas. • Problema percibido sobre el aborto o la salud materno-infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entorno socioeconómico • Comunicaciones • Infraestructura de transporte • Fuerzas de mortalidad • Patrones de matrimonio 	<ul style="list-style-type: none"> • Tradicionalismo • Barreras religiosas • Barreras políticas
II. Tipo de política		
	Autoritaria Consenso Informal	
III. Implementación		
<i>Sistemas de prestación</i>	<i>Capacidad central</i>	<i>Recursos disponibles</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Clínicas del Ministerio de Salud, de organizaciones no gubernamentales o instalaciones con base en hospitales. • Sistemas basados en trabajadores de campo o en puestos de salud. • Enfoque mixto. • Sistema de información, educación y comunicación, o de comunicación de cambio de comportamiento^a. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección del programa • Estructura de administración • Esfuerzo del programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnología de anticonceptivos • Infraestructura del Ministerio de Salud • Personal operante del Ministerio de Salud en el sitio • Fondos externos y locales • Asistencia técnica • Capacidad estadística

Fuente: los autores.

a. En la literatura se utilizan los términos en forma intercambiable.

Significado de política

Usualmente política significa la política del gobierno, esto es, una postura adoptada para definir la posición del gobierno con respecto a un asunto importante con la intención de influir en los eventos futuros. Los gobiernos generalmente implementan las políticas promulgando leyes, creando agencias de implementación y gastando recursos públicos (Demeny, 2003; May, 2005; Roberts, 1990; ONU, 1973). Este concepto puede ampliarse, pues las posiciones adoptadas por las agencias gubernamentales

pueden articularse y aliarse con los esfuerzos de implementación del gobierno. Además, la génesis de las políticas a menudo se encuentra en sentimientos generales y populares que constituyen la posición real de la sociedad, que llama a la acción. (Varios autores recientes han sugerido llamarlos políticas implícitas. Ver Johanssen, 1991; Posner, 2001.) Así, las políticas descritas en los casos de estudio tienen varias formas y en distintos grados.

Factores positivos para adoptar una política

Después de la Segunda Guerra Mundial, ocurrieron grandes convulsiones políticas en lo que habían sido regiones coloniales y semicoloniales de África y Asia, creando docenas de nuevos Estados-nación, los cuales pronto se vieron enfrentados al crecimiento de la población a tasas problemáticas al caer la mortalidad, frustrando sus esperanzas de elevar su nivel de vida –la llamada revolución de las expectativas crecientes– encontrando un apoyo comprensivo en las agencias internacionales. Muchos de los líderes políticos y élites técnicas de los Estados recién independientes fueron educados en occidente y conocían los puntos de vista de Malthus y los economistas clásicos sobre el crecimiento de la población. La noción de que el crecimiento de la población pudiera requerir acción correctiva databa al menos desde las ligas antimaltusianas de mitad del siglo XIX en Inglaterra y otros lugares, que lanzaron el movimiento moderno de la planificación familiar (o de control natal). Grupos de organizaciones no gubernamentales (ONG) internacionales habían estado trabajando en las regiones coloniales por muchos años y eran conscientes del aumento de la población después de la guerra. Un factor adicional fueron los modelos macroeconómicos de vanguardia, notablemente el modelo Coale-Hoover (Coale y Hoover, 1958), que estableció que el rápido crecimiento de la población constituía un obstáculo serio para alcanzar una mayor inversión de capital y elevar el ingreso per cápita. Como se anotó en el primer capítulo, la mayor parte de los planeadores económicos del gobierno estaban convencidos de la validez del modelo.

Existieron también otros argumentos, más humanistas, a favor de la planificación familiar, respaldados por los aumentos del aborto inseguro e ilegal que habían llevado a una mortalidad materna creciente. La fecundidad no deseada significaba también un mayor número de nacimientos en los extremos inferior y superior del espacio de edad reproductiva de la mujer, que son de alto riesgo tanto para la madre como para el niño. Se aceptaba en general que las tendencias crecientes de mortalidad materno-infantil eran un subproducto parcial de la alta fecundidad y que el aborto estaba vinculado a la fecundidad no deseada. El aborto, legal e ilegal, continuó siendo importante en muchos países, aun después del lanzamiento de los programas.

La importancia dada a tales consideraciones fue variada y algunos países pusieron gran interés en la planeación económica central como el motor de la reducción de la fecundidad (Bangladesh, India, Indonesia, República de Corea, Pakistán, Tailandia). En otros países, la percepción del vínculo entre la alta fecundidad y los temas relacionados con la salud, como el aborto y la mortalidad materna, proporcionaron un argumento clave (Chile, Colombia, Guatemala, Jamaica, Malasia). Casi todos los países de ambos grupos contaron con asociaciones voluntarias privadas de control natal con miembros influyentes que ya estaban presentando razones para una política hacia el futuro. Los elementos humanistas combinados con los modelos macroeconómicos aportaron argumentos poderosos a favor de las políticas dirigidas a reducir la fecundidad. Una política positiva de población pareció ser el curso de acción abrumadoramente sensible y fue ampliamente adoptado desde mediados de los años sesenta.

Factores negativos en contra de la adopción de una política

En casi todas las culturas tradicionales, la unidad familiar es central para el sistema social y la alta fecundidad ofrece protección contra la mortalidad alta, y es útil para el trabajo infantil y la seguridad económica en la ancianidad (Leibenstein, 1954). Valores profundos están arraigados en tal sistema, que generalmente es estable debido al equilibrio entre la fecundidad y la mortalidad. Una perturbación profunda a ese sistema ocurrió cuando la mortalidad cayó en picada llevando a un rápido aumento natural en la población. Además, empezaron a ocurrir transformaciones económicas, la gente empezó a trasladarse a las ciudades, donde los hijos eran más costosos y menos útiles. No obstante, los valores no cambiaron de la noche a la mañana y la lealtad tradicional a la familia grande fue un obstáculo para las decisiones de políticas antinatalistas.

El conservatismo religioso, especialmente de la Iglesia católica, desaceleró el desarrollo de políticas en América Latina y en el África francófona y causó timidez en algunos ministerios de salud (Chile, Guatemala). Pero en otros países latinoamericanos, como Colombia, los programas prosperaron a pesar de la oposición de la Iglesia. En otros lugares, la oposición musulmana a la esterilización (Indonesia) y a la planificación familiar en general (temprano en Irán y Marruecos) fue de poca ayuda, pero otros países musulmanes estuvieron al frente con políticas que miraban hacia el futuro (la República Árabe de Egipto, Malasia, Túnez). El budismo ha sido generalmente tolerante o indiferente hacia la planificación familiar (Tailandia y el subcontinente indio, excepto Sri Lanka).

Ante tal oposición, real o potencial, la vacilación política fue comprensible. Bien entrado el período de la posguerra, casi todos los programas de este estudio tuvieron

políticas pronatalistas *de facto* o reconocidas oficialmente, puestas en vigor con aprobaciones religiosas y éticas, frecuentemente con restricciones legales sobre suministro e información de anticonceptivos. (También fue así en la mayoría de los países europeos y en muchos estados de Estados Unidos.) En unos pocos programas, la política de planificación familiar también encontró temprana oposición de la noción geopolítica y militar de que una población grande significaba poder e influencia para la nación. Algunos enfrentaron oposición seria de grupos políticos de izquierda que percibían un esfuerzo auspiciado por Estados Unidos de reducir la autonomía e influencia de los países en desarrollo, lo cual, combinado con el punto de vista, tradicional, negativo y marxista de la planificación familiar, fue particularmente poderoso en América Latina y el Caribe (Guatemala y, en menor grado, Chile, Colombia y Jamaica).

La timidez política tuvo fuerza también en el África subsahariana francófona, aunque no en Marruecos y Túnez, y en África septentrional. En el África subsahariana, la omisión de los gobiernos francófonos en emprender acción explica en gran parte su ausencia de nuestro conjunto de los primeros 23 programas.

Decisión de adoptar una política

La decisión de establecer una política de planificación familiar representó un balance de los elementos negativos y positivos en cada caso. Fue una decisión política y en muchos casos la adopción abierta de una política nacional fue controvertida y requirió considerable coraje político. En algunos frentes la hostilidad persistió a menudo y hubo riesgos políticos implicados.

La decisión actual de adoptar una política de planificación familiar surgió en distintas formas. Primero, en algunos casos la decisión reflejó el juicio de un líder oficial nacional poderoso y autoritario quien podía ordenar la política sin preocupación por la opinión pública. En estos casos autoritarios, el líder político estuvo convencido de los peligros del rápido crecimiento de la población y creó una nueva política y programa. Esto parece haber sucedido en nueve de los programas discutidos en este volumen: Egipto (Gamal Abdel Nasser), Indonesia (Suharto), Pakistán (Mohammed Ayub Khan), Filipinas (Ferdinand Marcos), Singapur (Lee Kuan Yew) y Túnez (Habib Bourguiba), como también en Irán, Marruecos y Nepal, donde los líderes fueron gobernantes reales o asesores clave. Estos programas fueron “autoritarios” o “visionarios”, dependiendo del punto de vista de cada uno.

Segundo, algunos gobiernos emprendieron acción cuando tuvieron amplio apoyo de la élite política y social, si no del público en general, y nos referiremos a éstas como políticas de consenso. Esto parece haber sucedido en 10 de los programas: Bangladesh, Colombia, Hong Kong, India, Kenia, Corea, Malasia, Sri Lanka, Tailandia y

Turquía. En algunos de estos casos, grupos privados e individuos influyentes asumieron el liderazgo, organizaron seminarios nacionales, escribieron artículos y tuvieron éxito en generar suficiente dinámica social y apoyo público que llevaran a la adopción de una política y un programa oficial formal. Líderes clave del gobierno a menudo trabajaron calladamente con grupos privados. Algunas de las políticas autoritarias pasaron a ser de consenso con el tiempo.

Tercero, algunas veces grupos o instituciones del sector privado tuvieron la capacidad de colocar recursos y alcance suficientes para causar un efecto y algunas veces tomaron la decisión aun cuando carecían de apoyo oficial formal. Las organizaciones privadas de planificación familiar tuvieron un papel en casi todos los programas, pero fueron líderes en cuatro: Chile, Ghana, Guatemala y Jamaica. Lo que por tanto podemos llamar políticas y programas informales fueron creadas fuera de la estructura formal del gobierno. En Chile, Ghana y Jamaica, la política oficial siguió en el término de una década, pero en Guatemala pasaron cuatro antes de que actuara el gobierno.

Programas

Los programas en gran escala contienen rasgos que afectan profundamente su eficacia. Varios de esos se discuten a continuación, con atención a experiencias pasadas que ofrecen lineamientos para una mejor implementación.

Liderazgo fuerte y consistente

El liderazgo político fue necesario para adoptar una política, pero el liderazgo administrativo fuerte fue la clave de la implementación exitosa de los programas. Los distintos capítulos de este volumen subrayan el papel vital y fuerte que tuvieron los líderes efectivos o las debilidades creadas por su ausencia. La mayoría de los primeros programas exitosos se vinculan íntimamente con los nombres de directores clave de los programas: Hong Kong (Ellen Li), Indonesia (Haryono Suyono), Corea (Taek Il Kim), Singapur (Wan Foo Kee) y Tailandia (Somboon). En otros lugares, aun cuando el programa demostró ser exitoso a la postre, la frecuente rotación de personal clave fue perjudicial (Egipto, Pakistán, Filipinas). El liderazgo deficiente a menudo obstaculizó los logros del programa.

Estructura de administración del programa

Los esfuerzos de programas en gran escala han procedido usualmente bajo el control del Ministerio de Salud, pero en los años sesenta algunos programas empezaron

como actividades de ONG (Colombia, Hong Kong, Malasia, Singapur). Sin embargo, con el crecimiento del programa, las cargas se hicieron insostenibles para algunas ONG y el Ministerio de Salud asumió el papel principal. Estructuras híbridas persistieron a menudo, quedando algunas funciones en manos de asociaciones privadas (información pública, investigación, proyectos de demostración, estándares), mientras el Ministerio de Salud era responsable de los servicios principales (Hong Kong, Corea). En cualquier caso, las transiciones al Ministerio de Salud procedieron en forma dispareja y permanecieron limitadas hasta cierto punto en Colombia y, particularmente, en Guatemala.

También existió alguna ambivalencia al interior de los ministerios. El de salud fue a menudo el ministerio débil en el gabinete, con pocos recursos y poca autoridad política. En países con problemas severos de salud endémica, muchos profesionales médicos no vieron la planificación familiar como tema prioritario. Además, el “control de la población” fue a menudo más popular entre los planeadores económicos que entre los miembros del Ministerio de Salud, que en algunos casos consideraban que sólo se los estaba utilizando como instrumento para la reducción de la fecundidad.

En esos días exploratorios no estaba completamente claro lo que debía hacerse ni cómo. Las intervenciones de comportamiento de salud pública en la escala que se contemplaba eran casi sin precedentes. Algunos vieron una analogía con los exitosos planes de erradicación de la viruela y la peste bubónica de la Organización Mundial de la Salud, pero como programas de choque de una vez, constituían guías deficientes para las constantes tareas que planteaba un programa de planificación familiar a largo plazo. Los importantes métodos anticonceptivos “modernos” eran todavía nuevos y el dispositivo intrauterino (DIU) y la píldora sufrían tasas de discontinuidad mucho más altas en el campo de lo que se había previsto en sus ensayos clínicos. La fórmula de Berelson (1974) de que los programas debían satisfacer los tres criterios de ser aceptables, factibles y eficaces no fue una guía cerrada en los programas de campo, ya que sólo podían medirse por ensayo y error, y el error era costoso.

Dada la urgencia de los problemas y la debilidad de los ministerios de salud, algunos abogados de la planificación familiar consideraban que se necesitaba un programa de choque que incluyera una nueva estructura administrativa. Así nació la junta de planificación familiar o la comisión de población, una estructura vertical creada para supervisar y coordinar todas las actividades de planificación familiar atravesando las líneas ministeriales regulares (Egipto, Ghana, India, Irán, Jamaica, Malasia, Nepal, Pakistán, Filipinas). En algunos casos, la junta fue solamente un cuerpo coordinador con poca autoridad real, siendo la prestación de los servicios del resorte del Ministerio de Salud (Irán, Jamaica, Filipinas), pero en otros casos, la junta de planificación familiar supervisó directamente una red de trabajadores de campo y logística

controlada; la información, educación y comunicación (IEC), y la evaluación (Egipto, Indonesia, Nepal). Algunas estructuras de esta clase se basaron en ONG existentes y el gobierno y las ONG compartieron la supervisión (Colombia, Jamaica, Malasia). Juntas autónomas de población y planificación familiar tuvieron la ventaja de dar mayor flexibilidad a los líderes del programa. Un lado negativo fue que este modelo pudo proyectar la actitud de que la planificación familiar no era particularmente un asunto de salud, sino más bien económico o sociopolítico, debilitando el compromiso por parte del Ministerio de Salud.

Estructuras de prestación de servicios

Cualquiera que fuera la estructura general, los servicios debían prestarse. Varios enfoques evolucionaron, en forma separada o en combinación, a saber:

- Los servicios basados en clínicas eran operados por el Ministerio de Salud o por las ONG. Usualmente, predominó este sistema donde los hospitales y las clínicas de base urbana prestaban la mayoría de los servicios de salud (Chile, Hong Kong, India, Jamaica, Marruecos, Singapur, Túnez).
- Las redes gubernamentales o de ONG basadas en trabajadores de campo se utilizaron para reclutar o resumistrar clientes (Irán, Kenia, Corea, Pakistán). Con mucha frecuencia incluyeron programas de distribución de productos basados en la comunidad y planes de distribución del sector privado.
- Combinaciones de las estructuras anteriores se utilizaron junto con varios otros elementos.

Para la mayor parte de los programas fue difícil llegar al campo y los que ofrecían mayormente métodos clínicos –DIU y esterilización– intentaron llevar clínicas a las aldeas en forma de unidades móviles de salud (Egipto, Corea, Túnez, Turquía) o si no, campos, que movían las instalaciones a través de las zonas rurales repetidamente (India, Nepal). Los primeros resultaron ser muy costosos por problemas de mantenimiento, y los últimos perdieron favoritismo por las intermitentes presiones indebidas sobre el personal local para producir clientes. Una forma más efectiva de llegar a las zonas rurales fue capacitar trabajadores de campo para la inserción de DIU (Tailandia), el tratamiento de los efectos colaterales (Bangladesh) y crear puestos de salud desde los cuales trabajar. Proporcionar el acceso a los servicios requirió a menudo la “desmedicalización”, con una reducción del poder de las burocracias médicas establecidas.

Los suministros de anticonceptivos fueron algunas veces también provistos por el programa de desarrollo rural integrado del gobierno, junto con educación, higiene y

oportunidades de empleo para la mujer (Ghana, Irán, Turquía) y por medio del sector privado comercial, incluyendo médicos, farmacias y tiendas (una parte vital del programa general en Chile e Irán). También se utilizaron los subsidios del gobierno a planes de distribución de anticonceptivos, conocidos como mercadeo social (India, Irán, Pakistán y Filipinas). Todos estos enfoques fueron usualmente ampliaciones a los planes básicos de prestación. De hecho, con mucha frecuencia se utilizaron dos o más enfoques simultáneamente y, con el tiempo, los programas tendieron a ampliar la prestación del servicio agregando nuevos canales de prestación. Para tener éxito, ningún programa podía utilizar una sola estructura por mucho tiempo.

Cada programa tuvo también que escoger una estrategia de información pública, conocida inicialmente como IEC y más tarde comunicación de cambio de comportamiento. Tipos destacados incluyeron los siguientes:

- Comunicación interpersonal con los trabajadores de campo, a menudo en reuniones grupales, y usualmente vinculados a la distribución de suministros.
- Educación basada en la comunidad incluyendo actividades en aldeas y vecindades de grupos pares, a menudo vinculadas a esquemas de desarrollo de propósito múltiple.
- Medios de impresión empleando afiches, folletos y otros materiales entregados a los clientes en clínicas, hospitales y otros lugares.
- Medios masivos electrónicos con uso de radio, cine y televisión.

Algunas economías no emplearon estrategias de comunicación en la creencia de que un perfil bajo era la forma más segura de que el programa prosiguiera inicialmente ante la oposición real o imaginada, lo que parece haber sucedido al principio en Egipto, Guatemala, Irán, Marruecos, Nepal, Pakistán y Filipinas.

En la mayoría de los casos varias de estas estrategias de IEC se implementaron al mismo tiempo.

Recursos disponibles para los programas

La lista de estructuras y estrategias sugiere que los países podían escoger libremente entre numerosas opciones. En realidad, la mayoría encontró severas restricciones y los recursos disponibles impusieron las escogencias. La mayor parte de los servicios de salud del Ministerio de Salud y de las ONG fueron prestados en clínicas y hospitales urbanos, donde se concentraban las facilidades y el personal. Fue común una carencia –en algunos casos una ausencia casi total– de instalaciones de prestación de servicio y personal que impuso dificultades en los países más desfavorecidos donde

era común el analfabetismo. La infraestructura casi inexistente impuso restricciones a todos los programas, ya fueran para salud, educación o agricultura y esto fue particularmente válido en las zonas rurales.

Al menos por un tiempo, la escasez inicial impuso limitaciones agudas a lo que era factible, en especial cuando ya era difícil la geografía y se requerían esfuerzos extraordinarios para llegar a las poblaciones rurales. Nepal fue un caso extremo, pero las aldeas pequeñas y dispersas eran comunes (Ghana, Guatemala, Kenia, Turquía), creando formidables problemas de logística. Algunas poblaciones rurales carecían de acceso a casi todos los suministros, incluidos los anticonceptivos. La infraestructura local mejoró con el tiempo, especialmente los sistemas de vías y comunicaciones, pero en muchos países persistió el problema. La intranquilidad civil y la falta de seguridad impidieron también a algunos programas funcionar en ciertas zonas rurales (Guatemala, Ghana, Nepal, partes de Filipinas).

Asistencia técnica

Durante los primeros años exploratorios, cuando los programas buscaban enfoques utilizables, a menudo fueron influyentes las agencias donantes y los asesores técnicos, quienes suministraron fondos, pero también trajeron la experiencia de otros países y los resultados de la investigación aplicada. Inicialmente, gran parte de esto provino de grupos privados de investigación y humanitarios, y a través de ellos los programas tuvieron acceso a mejores tecnologías de anticonceptivos, materiales de IEC y técnicas administrativas. Pronto, al crecer el campo general, se tomaron la escena las grandes fundaciones, las agencias nacionales de ayuda y las agencias multilaterales.

Sin embargo, los donantes tendían a favorecer sus propios modelos sobre cómo debían los países organizar los esfuerzos para utilizar sus fondos y esto no siempre fue útil. La Fundación Ford prefería la junta o comisión vertical autónoma que estimulaba el personal de la Ford en el campo. El Consejo de Población empezó como grupo orientado a la investigación y prefería la investigación combinada con proyectos de demostración de acción que pasaran a intentos en gran escala. El Banco Mundial se encontraba todavía en su fase inicial que lo llevó a hacer énfasis en la construcción de clínicas y hospitales y el modo paralelo de prestación de servicios. El modelo de la Agencia de los EUA para el Desarrollo Internacional (Usaid) favoreció también en general las comisiones autónomas y los planes de distribución de anticonceptivos a gran escala. Su dinámica política interna demandaba resultados relativamente rápidos y la agencia ignoró a menudo el tema de la capacidad de absorción (Pakistán fue una lección objeto). Durante las dos primeras décadas de los programas, las actividades de planificación familiar de la Usaid no estaban todavía sujetas a las amargas riñas políti-

cas internas que hicieron erupción en los años ochenta y noventa. Cuando la resistencia seria y organizada a la participación del gobierno de Estados Unidos en la planificación familiar de la derecha conservadora y la izquierda feminista fue una realidad, el gobierno de EUA impuso muchas reglas nuevas sobre el uso de los fondos, lo que redujo la utilidad del apoyo (Critchlow, 1996), pero esa menor utilidad no había entrado en juego aún en el período al que se refiere la mayor parte de este volumen. En resumen, la participación estrecha de los donantes en algunos programas afectó las alternativas disponibles a los planeadores de los programas, mientras los fondos y algo de la asistencia técnica que proveyeron expandieron mucho las posibilidades de acción.

Como se anotó, la asistencia técnica y la ayuda financiera principalmente de la comunidad internacional y las ONG estuvieron disponibles en la mayoría de los países durante gran parte del período anterior a 1975. Los mismos anticonceptivos eran menos que ideales e impusieron pesadas demandas a los servicios a pesar del acontecimiento histórico que representaron. El DIU era un método clínico y los equipos móviles sólo podían cubrir partes limitadas del campo; la píldora de dosis alta entonces disponible estuvo bajo restricciones médicas en un principio y el inyectable estaba bajo sospecha de causar cáncer e infertilidad. Esa situación dejó a la esterilización y al preservativo, cada uno con sus propios inconvenientes. En algunos casos, el DIU y la píldora fueron entregados directamente a las clientas sin adecuado ensayo local y sin suficiente capacitación de los proveedores del servicio. Aun si tales problemas se resolvían con el tiempo, podían causar una reacción negativa de las clientas a corto plazo.

Por último, la capacidad de recopilación de datos y análisis estadístico para la investigación y la evaluación del programa eran primitivas según los estándares actuales. Había escasez de personal con habilidades cuantitativas y también de equipos e instalaciones. Una de las mayores contribuciones de la Usaid al desarrollo del mundo en desarrollo fue su trabajo con la Oficina del Censo de Estados Unidos para crear agencias estadísticas centrales que realizaran censos, recopilaran datos de encuestas y realizaran estudios analíticos. Dos décadas después, el auspicio de la Usaid de la encuesta mundial de fecundidad y el programa de encuestas demográficas y de salud todavía en curso hicieron una contribución aún más directa a los programas. Sin tales esfuerzos, era difícil reconocer los errores o hacer correcciones necesarias, actividades que tomaban tiempo y las muchas limitaciones no eran fáciles de superar en el corto plazo.

Esfuerzos del programa

Un rasgo final de los programas se refiere a sus niveles reales de esfuerzo. Los recursos disponibles a los administradores del programa se podían utilizar bien, mal

o no utilizarse, de modo que la intensidad del esfuerzo del programa y su elección de medios han merecido cuidadosa atención. Aquí explicamos la naturaleza de las medidas de esfuerzo disponibles y en secciones posteriores las relacionamos con los resultados.

Los investigadores diseñaron medidas de esfuerzo de programa en 1972 y desde entonces se han aplicado periódicamente a la mayoría de los países en desarrollo (Ross y Stover, 2001; Ross, Stover y Adelaja, de próxima publicación). En estos estudios, observadores independientes e informados han clasificado el grado de esfuerzo de programa en 30 características, en forma separada a los resultados de cambio en la fecundidad o uso de anticonceptivos. Las medidas originales estaban en escala de 0 a 4 y se convirtieron a porcentajes. Dado que los estudios sólo empezaron en 1972, están algo atrasados para nuestros propósitos; no obstante, aclaran considerablemente el desarrollo acumulado de la capacidad de programa hasta 1972 y después.

Los 23 programas se dividen en tres grupos (cuadro 24.2, gráfico 24.1) de acuerdo con sus puntajes generales en 1972. Se les hace seguimiento como cohortes para mantener la misma membresía de grupo de 1972 a través de los años. Como muestra el gráfico 24.1, con sólo 18% del máximo puntaje, el grupo más bajo de programas fue de hecho bajo en 1972, pero mejoró notoriamente hasta 1989. El grupo intermedio empezó mucho más alto, con 43% del máximo, y también mejoró notoriamente hasta 1989. Con 69% del máximo, el grupo alto era alto en 1972 y continuó allí, subiendo sólo a 71% y luego bajando a 66% en 1999, parcialmente por diseño, pues algunos de los de mayor puntaje invirtieron su política antinatalista. La convergencia de puntajes a través de los años fue notable, llegando los programas bajos a semejar los intermedios y altos. Nótese que los grupos de programas según el esfuerzo general permanecen casi igual que más adelante, donde las cohortes se definen por los niveles iniciales para anticoncepción y fecundidad.

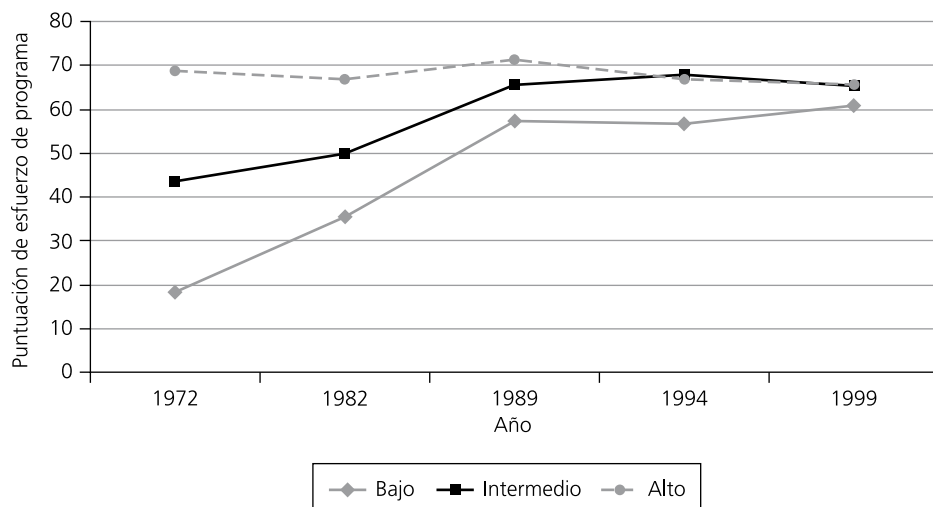
Con respecto a programas individuales, los de mejor desempeño se estabilizaron en alrededor del 80% del esfuerzo máximo, mientras en 1999 los demás oscilaron entre 60% y 75%. Con el límite del 80% como par, oscilaron entre 75% (60/80) a 93% (75/80) del “mejor esfuerzo”.¹ Los porcentajes representan sólo un esfuerzo parcial comparado con lo que se pudo haber hecho, pero es alentador que los programas que obtuvieron las puntuaciones más bajas al principio subieron con rapidez para reducir mucho la brecha con los mejores. Al principio, la diferencia entre los puntajes más

1 La serie completa de datos, elaborada para unos 85 países a través del tiempo, muestra que el puntaje total promedio subió en cada ronda del estudio y continuó así a través de 2004. Dentro del conjunto de 85 países, los puntajes más altos se habían nivelado, pero el promedio siguió subiendo cuando mejoraron los puntajes bajos.

Cuadro 24.2 Grupos y puntuación promedio de esfuerzos de programa

Bajo	<i>Intermedio</i>	<i>Alto</i>
Bangladesh	Chile	Colombia
Egipto	Guatemala	Hong Kong
Ghana	Indonesia	India
Kenia	Irán	Jamaica
Marruecos	Filipinas	Corea, Rep. de
Nepal	Sri Lanka	Malasia
Pakistán	Tailandia	Singapur
Turquía	Túnez	
<i>Puntajes medios</i>		
18	43	69

Fuente: Ross y Stover, 2001

Gráfico 24.1 Tendencias en puntuación de esfuerzos de programa para las cohortes de 1972, 1972-99

Fuente: los autores.

Nota: cada línea sigue a los programas según se agruparon en 1972. El eje X no está a escala.

bajos y más altos fue de 77 puntos, que disminuyó con el tiempo a 68 y luego a 36 puntos.

Una diversidad sustancial fue evidente en cuanto a cómo se obtuvieron los puntajes altos. La puntuación total constó de los cuatro componentes siguientes:

- Establecimiento de política y de la escena.
- Servicios y acuerdos de servicio.
- Evaluación y uso de la información por parte de la administración.
- Disponibilidad de métodos anticonceptivos más aborto seguro.

Por ejemplo, en 1982, los de puntuación alta en posición oficial de política fueron los casos de Asia oriental más India, Indonesia y Sri Lanka, mientras los de puntuación baja incluyeron los casos africanos de Ghana, Kenia y Marruecos, e Irán, que obtuvo el puntaje más bajo de todos (pero tuvo un puntaje extremadamente alto en 1999). Los puntajes de servicio fueron sólo similares en parte: Bangladesh y Colombia fueron fuertes en servicios, mientras Nepal, Pakistán y Turquía tuvieron puntajes bajos. Los de puntaje alto en evaluación incluyeron nuevamente a Colombia y los programas de Asia oriental, mientras los de más bajo puntaje fueron Egipto, Ghana, Irán, Kenia y Turquía. Por poner los métodos realmente disponibles a toda la población, el cuadro fue bastante uniforme, mostrando puntajes altos o bajos paralelos para la mayoría de los programas de puntaje alto o bajo en los demás componentes. Los programas que cayeron en los rangos medios cambiaron su posición con el tiempo dependiendo del componente.

Después de 1989 ocurrieron muchos cambios de grado y algunos programas actualmente cayeron en fuerza general debido a reversas deliberadas de políticas hacia el pronatalismo, como en Corea y Singapur. Estos últimos desarrollos son interesantes en lo que revelan sobre el tema de campañas de “sobrepasar la marca” en relación con la reducción de la fecundidad. La declinación de la fecundidad no se puede afinar y, en los casos más avanzados, la modernización general también surtió efecto y produjo su propia dinámica en pro de las familias pequeñas más allá de los efectos del programa.

Resultados del programa

Los logros del programa se siguen de sus propias medidas de implementación, pero en buena parte éstas están estructuradas por el contexto socioeconómico en que el programa se encuentra, lo que debe tenerse en cuenta al juzgar los resultados el programa.

Rasgos contextuales que afectan los resultados del programa

Todos los programas trabajan en el entorno de las grandes fuerzas socioeconómicas que forman el contexto del programa y fuerzas que tienen sus propios efectos en el uso de anticonceptivos y en la fecundidad. Mayores cambios contextuales han trabajado en prácticamente todos los casos, la mayor parte de los cuales han sido de ayuda para los programas. La lenta reducción en la mortalidad que ocurrió durante muchas décadas en Europa ha sido abreviada en forma drástica en los casos principales del mundo en desarrollo; en particular, la mortalidad infantil declinó rápidamente, de manera que las familias ya no necesitan tener grandes números de hijos para garantizar su supervivencia. Quizás más importantes aún han sido los cambios en los patrones del matrimonio. Una edad creciente para el matrimonio es importante para el largo plazo, pero también implica un período de transición durante el cual se posponen los primeros nacimientos, y algunos de los últimos. En los años intermedios tienen lugar menos nacimientos de lo normal y esas reducciones representan tasas inferiores de fecundidad mientras dura la transición. Aun así, la mayor longitud de la generación significa una tasa de natalidad bruta anual inferior.

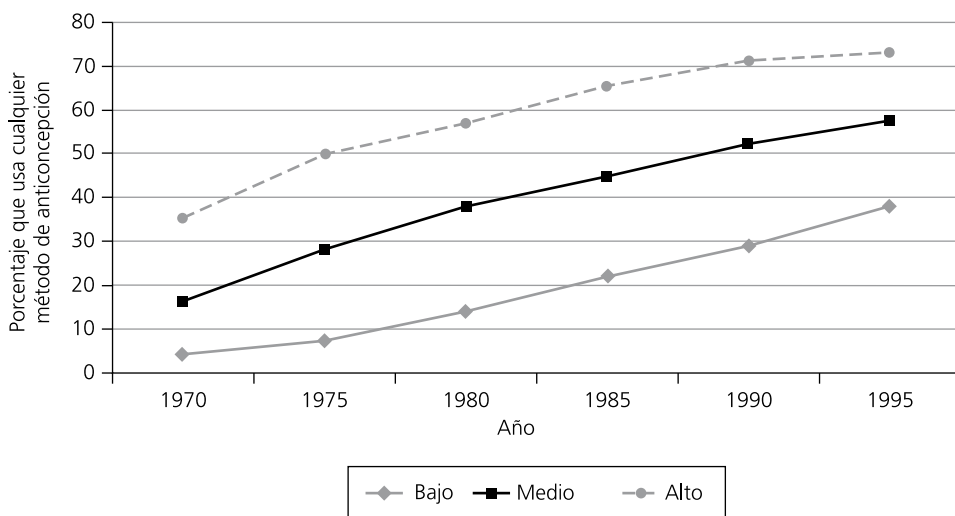
Otras causas contextuales actuaron también, aunque es imposible separar los vínculos específicos entre una fecundidad declinante y la vida urbana, mayores niveles de educación y participación femenina en la fuerza laboral y los efectos de secularización de los medios de comunicación occidentales. Éstos ayudan a conformar lo que se entiende por entorno socioeconómico (*socioeconomic setting*, SES). Todos estos factores estaban ya actuando desde antes que los gobiernos emprendieran los esfuerzos deliberados de políticas y programas y ayudan a explicar las diferencias iniciales en los niveles de práctica de anticoncepción y fecundidad entre los tres grupos de programas que se muestran adelante. La modernización general y la mejor infraestructura física representan una gran diferencia, facilitando el movimiento en el país, acelerando las comunicaciones y favoreciendo las operaciones de los programas.

Uso de anticonceptivos

El paradigma más popular de evaluación temprana en la investigación sobre planificación familiar fue el marco de conocimientos, actitudes y prácticas. Esto es, los programas dirigidos a proveer conocimiento sobre la anticoncepción, a cambiar la actitud pública hacia su uso y a aumentar su práctica. Los primeros intentos de IEC se concentraron en los elementos de conocimiento y actitudes, pero el logro del programa se juzgó principalmente con referencia a la práctica, esto es, la mayor práctica de la anticoncepción.

La investigación a través de los años ha mostrado que a un nuevo programa nacional lo sigue usualmente un inicio o aceleración de la práctica anticonceptiva en la población. El uso aumentó en la mayoría de los programas aquí incluidos desde mediados de los años sesenta en adelante; sin embargo, los patrones variaron según el nivel de inicio, y el gráfico 24.2 muestra el resultado de acuerdo con tres niveles de uso en 1970 (carecemos de datos suficientes de encuestas para 1965 para estimar los niveles de ese tiempo). El gráfico sigue los tres grupos en intervalos de cinco años para trazar el movimiento hacia arriba. En promedio, los programas que empezaron con los niveles de prevalencia más bajos continuaron así, pero el uso en los tres grupos aumentó en forma continua a través de los años.

Gráfico 24.2 Tendencias de prevalencia de uso de anticonceptivos según los niveles de prevalencia de 1970, 1970-85



Fuente: los autores.

Nota: cada línea sigue un grupo según se definió en 1970.

Los patrones para casos individuales son también de interés, pero demasiado detallados para presentarse por separado. El uso de anticonceptivos aumentó en los primeros años casi en todas partes, pero el aumento no fue parejo. Entre los de mejor desempeño el uso se niveló finalmente en un 75% a 80% de las parejas utilizando cualquier método. (En ninguna población el 100% de las mujeres practica la anticoncepción, ya que algunas creen ser infecundas, algunas no son sexualmente activas, otras están embarazadas y otras desean embarazarse.) Una vez empezó a aumentar

el uso, continuó en aumento en cada caso, casi sin excepción (sin embargo, Kenia se niveló en la última encuesta). En los primeros años, que están fuera de foco, el uso aumentó a pasos regulares. Los casos de Asia oriental empezaron su aumento más temprano y han subido a los niveles más altos. Generalmente hablando, los casos de África subsahariana han probado ser más resistentes al cambio.

Los programas presentaron amplia variación en los métodos anticonceptivos que eligieron enfatizar, y esa elección, en combinación con la respuesta pública, generó diferencias en los métodos de mayor uso. A mediados de los años sesenta, cuando apareció el diu en escena, los programas hicieron énfasis en él pues parecía ser un método de un solo paso, reversible y económico de materiales inertes, un acontecimiento tecnológico que pareció prometer el cambio histórico. Sin embargo, las tasas de continuidad sufrieron en comparación con la experiencia de los ensayos clínicos y por esa y otras razones su uso se desvaneció con la competencia de otros métodos en algunos programas y nunca constituyó un factor en África subsahariana. No obstante, su uso continuó creciendo en Egipto, Turquía y en numerosos otros países. La esterilización tuvo un gran papel en Asia y América Latina, pero mucho menos en el Medio Oriente y África septentrional, donde el DIU y la píldora tuvieron buena acogida. El porcentaje de uso de esterilización aumentó con lentitud aun en Asia y América Latina, pues las tasas de adopción fueron casi siempre bajas. Sin embargo, el grupo de usuarios creció inexorablemente porque la edad promedio al momento de la adopción fue de sólo unos 30 años, quedando las mujeres en el grupo por un largo tiempo. También, cuando un programa introdujo la esterilización en un principio, dio más tiempo para que se acumulara el número de usuarios.

Algunos programas ofrecieron varios métodos, otros, en cambio, solo uno. India y Nepal ofrecieron poco aparte de la esterilización, mientras Colombia y Tailandia dieron a escoger entre varios métodos modernos. El uso total tendió a seguir el número de métodos disponibles, según cada uno se ajustara a las necesidades de un subgrupo separado. Indonesia fue interesante por ser el único caso que puso en práctica el implante anticonceptivo en forma amplia. Fue también un caso casi único en la fuerza del subsidio del sector privado. En la mayoría de los países, la proporción de uso de anticonceptivos atribuible al sector privado no ha aumentado por la acción deliberada del sector público, sólo por desarrollos separados en el sector privado mismo.

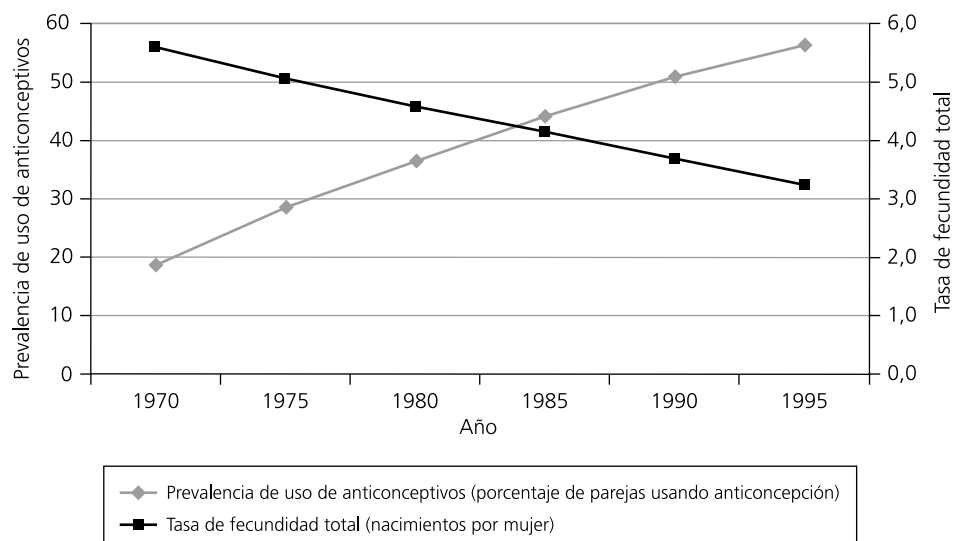
La interrupción médica del embarazo, o aborto, ha sido un elemento importante, si bien en gran parte no reconocido y no medido en muchos entornos. El recurso abierto y general al aborto fue característico de Asia oriental, incluyendo, pero no exclusivamente, a Hong Kong, Corea, Singapur y Tailandia. Aun cuando no fue legalmente aprobado, fue generalmente seguro y económico. En Bangladesh, la aspiración manual al vacío, o regulación menstrual, como se le llamó, tuvo una prevalencia

bastante alta y, como el embarazo no estaba confirmado, la regulación menstrual fue permitida porque podía distinguirse legalmente del aborto. En la mayor parte de los demás países, el aborto fue básicamente legal y menos predominante. Su uso fue semisecreto y los severos problemas de salud causados por el aborto inseguro en América Latina fueron un fundamento principal para instaurar programas nacionales, como en Chile y en Colombia. En forma interesante, aun Túnez y Turquía hicieron provisión oficial para servicios de aborto limitados, cubiertos por el presupuesto.

Tendencias de la fecundidad

En la mayor parte de los programas, las políticas y programas de planificación familiar se dirigieron a aumentar el uso de anticonceptivos para reducir la fecundidad y por tanto el crecimiento de la población, aunque en algunos casos la reducción de la fecundidad fue más bien un objetivo implícito que explícito. Una pregunta clave es la de qué le ocurrió a la fecundidad a través de los años y después relacionar esos resultados con las actividades y esfuerzos del programa. Sin embargo, lo primero que se debe atender es la estrecha asociación entre los niveles crecientes de uso de anticonceptivos y la reducción de la fecundidad. Ese vínculo es claro en los 23 casos incluidos aquí (gráfico 24.3). Considerándolos en conjunto, en 25 años, la prevalen-

Gráfico 24.3 Tasa de fecundidad total y uso de anticonceptivos, valores promedio para los 23 casos, 1970-95



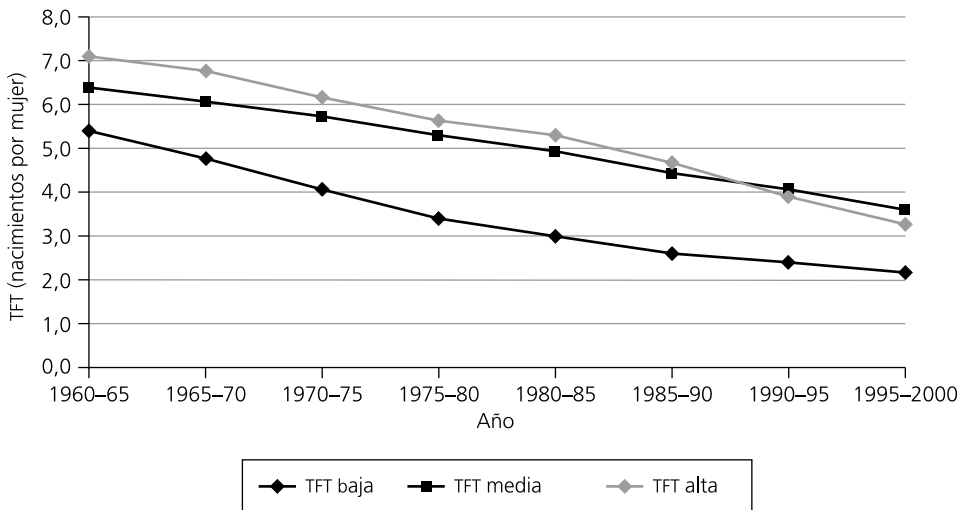
Fuente: los autores.

cia de uso de anticonceptivos casi se triplicó y la fecundidad se redujo casi a la mitad (ver Bongaarts y Potter, 1983, para un tratamiento general de la relación entre anticoncepción y fecundidad).

Podemos trazar los cambios en la fecundidad a largo plazo en la serie de las Naciones Unidas de tasa de fecundidad total a cinco años (TFT) (UN, 2005) para cubrir el período de la posguerra hasta 1995-2000. Empleamos estos datos por razones de consistencia e integridad de cobertura; las encuestas individuales citadas en los capítulos son generalmente consistentes con los estimados de las Naciones Unidas. Los 23 casos, tomados en conjunto, empezaron la transición de la fecundidad desde una TFT promedio de 6,3 nacimientos por mujer en 1960-65, cayendo a un promedio de 3,1, menos de la mitad en 1995-2000.

Los 23 casos se separaron en tres grupos en el gráfico 24.4 definidos de acuerdo con sus niveles de iniciación. Ninguno mostró mucho cambio hasta después de 1960-65, cuando empieza el gráfico. Entonces empezó la reducción para los tres grupos, que continuó sin interrupción a través de las décadas. El grupo de programas con la TFT más baja al principio, mostró la declinación más pronunciada, descendiendo a un promedio de unos 2,0 nacimientos por mujer en 1995-2000. Los otros dos grupos cayeron a TFR de alrededor de 3,5, pero continuaron bajando a una tasa más aguda que el pri-

Gráfico 24.4 Tendencias para grupos de TFT según los niveles de 1955-60, 1960-65 hasta 1995-2000



Fuente: los autores.

Nota: cada línea sigue los grupos definidos en 1955-60.

mer grupo, para el cual la declinación se estaba nivelando. (Como se notó, los valores de las TFT de las Naciones Unidas están dados sólo para períodos de cinco años.)

La fecundidad realmente subió en algunos lugares al principio debido a los *baby booms* de la posguerra, la mejor nutrición y otros factores, pero en 1965-70 casi todos los casos mostraron una reducción, atribuible en parte a efectos del programa, pero también ciertamente a otras influencias. Las reducciones posteriores fueron profundas y continuas casi en todas partes. Los últimos principios de declinación no fueron sino hasta 1985-90 para Ghana, Guatemala, Irán y Pakistán, pero una vez iniciados, todos bajaron, presentando Irán la baja más profunda de todas. Los casos de Asia oriental empezaron con las TFT más bajas y cayeron primero, y más rápido, llegando al nivel de reemplazo o por debajo de él en 1975-80 o 1980-85. Entre éstos estuvieron Hong Kong, Corea, Singapur y Tailandia. En el extremo alto estuvo un grupo mixto: Ghana, Guatemala, Kenia y Pakistán. Las TFR de los otros 15 países cayeron en forma más moderada, con considerable dispersión, pero todas terminaron muy por debajo de sus puntos de partida.

La literatura ha debatido extensamente la cuestión de si los mismos programas organizados redujeron las tasas de fecundidad por encima y más allá de lo que lo habrían hecho los entornos sociales mejorados. El cuadro 24.3 muestra la relación entre el esfuerzo de programa, el entorno social y la fecundidad para los 23 programas en consideración. El entorno social en este caso es un índice compuesto de seis dimensiones de desarrollo social y económico (*ver* Freedman y Berelson, 1976, quienes también revisaron los debates sobre la proporción de crédito por reducción de la fecundidad). Cada celda muestra las TFT y en la columna final se presentan las TFT promedio. Los programas fuertes mostraron una TFT promedio de sólo 3,7, en comparación con un 5,2 de los programas moderadamente fuertes y un alto 6,4 de los programas más débiles. Apareció un gradiente similar para la fuerza del entorno social, para el cual se muestran los promedios en la fila inferior, con un cambio de una TFT promedio de 3,7 para los entornos sociales altos a 5,4 para los moderados y 6,3 para los entornos débiles. En la diagonal aparece también un gradiente agudo. Un rasgo especialmente pertinente es que el nivel de fecundidad cambia según el esfuerzo de programa dentro de un entorno social dado. En la columna del medio, donde el entorno social es el mismo, la TFT promedio es 5,2 para el esfuerzo de programa moderado, pero más alta, 5,8, para el esfuerzo de programa débil. En la tercera columna la TFR promedio es 5,7 para esfuerzo moderado y 6,5 para esfuerzo débil. Estos patrones son sorprendentes y crean la presunción de que el esfuerzo de programa causó algún impacto, con independencia del entorno social.

Cuadro 24.3 *TFT estimadas por entorno social y esfuerzo de programa, 1970-75*

	Entorno social alto		Entorno social medio		Entorno social bajo		Promedio
<i>Esfuerzo de programa moderado</i>	Jamaica	5,0					
	Corea Rep. de	4,3					
	Hong Kong	2,9					3,7
	Singapur	2,6					
	Promedio	3,7					
<i>Esfuerzo de programa fuerte</i>	Chile	3,6	Túnez	6,2	Irán	6,4	
			Filipinas	6,0	India	5,4	
			Malasia	5,2	Indonesia	5,2	
			Colombia	5,0			5,2
			Tailandia	5,0			
			Sri Lanka	4,1			
	Promedio	3,6	Promedio	5,2	Promedio	5,7	
<i>Esfuerzo de programa débil</i>			Guatemala	6,2	Kenia	8,0	
			Turquía	5,3	Marruecos	6,9	
					Ghana	6,7	
					Pakistán	6,6	
					Bangladesh	6,2	6,4
					Nepal	5,8	
					Egipto	5,7	
			Promedio	5,8	Promedio	6,5	
Promedio	3,7		5,4		6,3	5,4	

Fuente: adaptado de un análisis de Freedman y Berelson, 1976.

El cuadro 24.4 adapta este enfoque con el fin de relacionar el esfuerzo de programa y el cambio en la fecundidad dentro de diferentes contextos socioeconómicos. Los patrones son bastante marcados: la reducción promedio para programas fuertes es de 32%, comparada con sólo 17% para programas moderados y 6% para programas débiles. La reducción en los entornos sociales cambia en forma idéntica, de 32% para entornos sociales altos a 17% para moderados y a 6% para bajos. A través de la diagonal el cambio es de 32% a 5%.

Tabulaciones cruzadas como estas y análisis de regresión múltiple mostraron en forma clara que la fecundidad y las reducciones de la fecundidad cambiaron según el

manera sinérgica sobre la reducción de la fecundidad, cada uno teniendo su efecto independiente propio en adición a los efectos conjuntos.

Los análisis multinivel han demostrado efectos de programa en el uso de anticonceptivos tanto al interior de cada país como entre países, aun después de controlar por condiciones socioeconómicas. Además, el esfuerzo de programa pareció debilitar los diferenciales socioeconómicos en uso. Los casos de estudio han mostrado cómo la introducción en el programa de métodos anticonceptivos nuevos fue seguida de saltos en su uso. Esfuerzos intensivos en casos especiales, como en la zona de Matlab en Bangladesh y en Chogoria, Kenia, mostraron efectos de programa aun en entornos extremadamente desfavorables. Al interior de países individuales se encontraron efectos mayores en subzonas donde los programas fueron más fuertes, controlando por diferencias socioeconómicas. Bongaarts, Mauldin y Phillips (1990) estimaron que sin los efectos de los programas de planificación familiar, la fecundidad en los países en desarrollo habría sido de 5,4 nacimientos por mujer entre 1980 y 1985 y no la real de 4,2. Estos efectos de programa reflejan la acumulación de la fuerza del programa en los años anteriores.

El peso de toda esta evidencia es que los programas, considerados en su conjunto, redujeron las tasas de fecundidad más allá de lo que habría sucedido de todas formas como resultado del cambio socioeconómico general. Desde luego, algunos programas fueron más fuertes que otros y los índices de fuerza de programa mostraron una gran variación, aunque progresivamente menos a través de los años cuando los más débiles tendieron a fortalecerse y a asemejarse a los esfuerzos de los casos más avanzados.

Oportunidad de los resultados

Los casos de estudio permiten una separación entre los que experimentaron un progreso temprano, los que hicieron progreso a mitad de camino y los que tuvieron progreso real sólo después de algunos años. Es importante examinar las condiciones que distinguen los tres grupos para identificar enseñanzas sobre lo que funcionó en forma más efectiva durante las primeras etapas. Con base en la oportunidad de los aumentos de prevalencia de uso de anticonceptivos con reducciones en las TFR y la evidencia de los casos de estudio, separamos los 23 casos en tres grupos. En el primer grupo están siete casos de progreso temprano: Colombia, Hong Kong, Corea, Malasia, Singapur, Sri Lanka y Tailandia. En el grupo de mitad de camino están 11, que surgieron aproximadamente una década después: Bangladesh, Chile, Egipto, India, Indonesia, Irán, Jamaica, Kenia, Marruecos, Túnez y Turquía. En el tercer grupo están cinco: Ghana, Guatemala, Nepal, Pakistán y Filipinas.

Para comparar los tres grupos en relación con las características de sus programas, manteniendo constante el contexto socioeconómico, el cuadro A24.1 del anexo clasifica los casos por nivel de SES y por siete características de programa siguiendo el contorno del cuadro 24.1. Muestra también la oportunidad del logro de los resultados. Haciendo uso de esta información, el cuadro 24.5 presenta los tres grupos de logros según el perfil de las características de los programas y la condición de SES inicial.

Ningún perfil individual de programa y elementos contextuales se adapta a todos los casos de logros tempranos, pero es evidente un patrón general. La mayoría empezó con un antecedente SES alto (categoría 1), tuvo fuerte apoyo para la política, buena dirección de programa, pudo aprovechar instalaciones existentes de salud y personal y operó como parte del sistema de salud. Tales elementos de antecedente fueron buenos predictores de altos puntajes en esfuerzo de programa y aceleraron el paso de los logros definitivos. La dirección fuerte y consistente del programa estuvo presente en dos tercios de los mejores programas y en virtualmente ni uno de los demás.

Ninguno de los casos de logros tardíos compartió estas características. Los programas que inicialmente encontraron oposición seria demoraron una década completa o más para superarla y lograr los resultados. Un proceso de adopción de política autoritaria contra uno más liberal no tuvo efectos claros sobre el progreso posterior, ni positivos ni negativos. Sin embargo, la adopción de un enfoque autoritario en algunos casos, por ejemplo, Indonesia, condujo fácilmente a una dirección de programa fuerte. En el caso de India, un estilo administrativo demasiado centralizado (si no autoritario) retrasó probablemente los logros del programa. En la mayoría de los programas de logros tempranos se pudieron utilizar sistemas de salud existentes relativamente fuertes con instalaciones, personal y sistemas logísticos funcionando. La planificación familiar en ausencia de tales estructuras fue más difícil y llevó más tiempo el logro de resultados. La persistencia ante los primeros resultados desalentadores fue una parte vital de los logros en los grupos de mitad de camino y tardío.

Finalmente, los casos con mejores niveles de educación, mejor condición de la mujer y transporte y comunicaciones modernas empezaron desde mejor posición y todos lograron progreso más rápidamente que los casos que carecieron de estos elementos de modernidad. Estas transformaciones en curso de las estructuras económicas y sociales subyacentes ayudaron a aumentar la demanda de clientes de limitación de la fecundidad y también a que los programas de prestación de servicios fueran más eficientes.

En forma semejante, fue evidente una convergencia de factores negativos en los programas relacionados como de logros tardíos, en los que ocurrieron sólo modestos aumentos en la prevalencia de uso de anticonceptivos y reducciones en la TFR, y además sólo décadas después de adoptarse una política y de haberse lanzado el pro-

Cuadro 24.5 Programas según características y oportunidad de los resultados

Características del programa	Número de desempeño			Total
	y logros tempranos	y logros intermedios	y logros tardíos	
Número de casos	7	11	5	23
<i>Antecedente de adopción de política</i>				
Mayoritariamente positivo	5	2	0	7
Mayoritariamente negativo	0	2	3	5
Neutral	2	7	2	11
<i>Proceso de adopción de política</i>				
Autoritario	1	5	3	9
Consenso	6	4	0	10
Informal	0	2	2	4
<i>Agencia administradora del programa general</i>				
Ministerio de Salud	5	6	0	11
Junta vertical de planificación familiar	1	5	4	10
Agencia no oficial	1	0	1	2
<i>Dirección fuerte del programa</i>				
Sí	7	6	1	14
No	0	5	4	9
<i>Estructura del programa de prestación de servicios</i>				
Basada en clínicas u hospitales	4	2	0	6
Basada en trabajadores de campo o puestos de salud	0	5	3	8
Más de una estructura	3	4	2	9
<i>Estrategia de IEC</i>				
Adoptada	7	7	2	16
No adoptada	0	4	3	7
<i>Puntaje de esfuerzo inicial de programa</i>				
Alto	5	1	1	7
Medio	2	5	1	8
Bajo	0	5	3	8
<i>Recursos iniciales disponibles para el programa</i>				
Recursos financieros adecuados	7	11	5	23
Personal de salud, infraestructura y otros insumos disponibles	6	2	1	9
No disponibles	1	9	4	14
Asistencia técnica disponible	7	11	5	23
<i>Capacidad estadística y de investigación</i>				
Disponible	7	2	0	9
No disponible	0	9	5	14
<i>Contexto de apoyo en relación con educación, modernización e infraestructura social</i>				
Categoría 1 de SES (alto)	3	2	0	5
Categoría 2 de SES (medio)	4	2	2	8
Categoría 3 de SES (bajo)	0	7	3	10

Fuente: los autores.

grama. Ninguno de los cinco programas de logros tardíos tuvo apoyo fuerte y general para adoptar la política; ninguno adoptó la política con un consenso popular general; cuatro de los cinco tuvieron dirección débil (y el que la tuvo fuerte fue de corta duración), y cuatro de los cinco funcionaron fuera de la red del Ministerio de Salud y tuvieron poco acceso a instalaciones, personal o capacidad de investigación y evaluación existentes. Por último, ninguno de estos programas estuvo en la categoría 1 de SES o pudo beneficiarse de tendencias favorables en la educación y el empleo para la mujer. En resumen, tanto los factores contextuales iniciales como las características del programa fueron negativos.

El control de los programas por parte del Ministerio de Salud produjo mejores resultados que otras estructuras, en especial mejores que la estructura de junta o comisión vertical. La implementación actual parece haber funcionado bien mediante la prestación basada en clínicas u hospitales, enfoques descentralizados de trabajadores de campo, o combinación de ambos más otras innovaciones. Esto tuvo que ver más con el acceso a los recursos e instalaciones que con cualesquiera ventajas inherentes a cualquier estructura. Las ONG demostraron ser también una estructura exitosa de prestación de servicios. Ninguno de los programas parece haber estado limitado indebidamente por falta de fondos, en parte por la asistencia de donantes extranjeros, aunque éstos no cubrieron renglones presupuestales principales como salarios de personal y administración.

Otra influencia que afectó la rapidez de los logros fue el papel inicial de grupos de asistencia no gubernamentales, como la Fundación Ford, la Fundación Rockefeller, el Consejo de Población, el Pathfinder Fund y la Federación Internacional de Planificación de la Familia. En 1958, la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional fue el primer donante bilateral oficial para la planificación familiar en Pakistán y Sri Lanka. Todas estas organizaciones fueron pronto seguidas por la entrada masiva de recursos de la Usaid, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y algunas agencias europeas. Como los mismos directores de los programas, los diversos asesores internacionales fijaron las reglas a medida que se avanzaba y no todas las sugerencias de los donantes fueron útiles. Aunque la mayor parte de la influencia de los donantes fue, en general, positiva y su financiación adicional constituyó una ayuda sustancial, en algunos casos sus doctrinas y rigidez fueron contraproducentes. Además, no todos los receptores estuvieron preparados para absorber intensos recursos de donantes debido a su débil infraestructura o compromiso local con un proyecto de planificación familiar en gran escala. En las décadas siguientes, la asistencia de los donantes continuó siendo parte significativa de la mayoría de los programas nacionales y uno de los componentes importantes de su administración. En unos cuantos países de los más avanzados que lograron una

baja fecundidad y alto uso de anticonceptivos, se han retirado en su mayor parte los donantes.

Diferencias regionales en la rapidez de los logros fueron notables. Casi todos los casos de logros tempranos (seis de siete) fueron de Asia oriental y suoriental. Los de logros tardíos, sin embargo, estuvieron dispersos en el mundo (Ghana en África subsahariana, Guatemala en América Latina, Nepal y Pakistán en Asia meridional y Filipinas en Asia oriental). Los restantes programas de “mitad de camino” también estuvieron dispersos en las distintas regiones. Los programas de Asia oriental y suoriental estuvieron, en promedio, en mejores situaciones de SES para principiar que los de cualquiera de las demás regiones. Sin embargo, entre los cinco de logros tardíos, tres estuvieron en la categoría 3 de SES (Ghana, Nepal y Pakistán).

Hubo anomalías interesantes evidentes dentro de las regiones. Indonesia tuvo logros tempranos a pesar de estar en la categoría 3 y tener servicios de salud deficientes al principio. Filipinas fue el único programa de Asia oriental de logros tardíos a pesar de estar en la categoría 2 y de contar con una estructura relativamente favorable de servicios de salud al iniciar. En América Latina, Colombia y Guatemala empezaron aproximadamente en el mismo nivel de SES y ambos adoptaron una estrategia de política e implementación de programa informal para desarmar a la oposición, pero Colombia tuvo mucho más éxito que Guatemala. La dirección de programa fuerte y consistente en Colombia e Indonesia da cuenta parcialmente de la diferencia. Ghana es el programa más antiguo de África subsahariana, pero no ha podido ser capaz de superar un bajo nivel inicial de SES, una fuerte oposición inicial y una falta de dirección vigorosa. Fue sobrepasado por Kenia y varios países de África septentrional. En Asia meridional, Pakistán cayó por debajo de Bangladesh (y todos sus vecinos) a pesar de tener niveles comparables de SES y dotaciones de infraestructura. Un elemento especial en esta comparación fue el importante papel de las ONG en Bangladesh y la decisión de trabajar por medio de los ministerios centrales en vez de una junta vertical autónoma. India, el programa más antiguo de todos, no fue de los de logros tempranos y realizó varios inicios falsos en relación con la táctica y la organización porque continuó con un fuerte prejuicio del establecimiento médico en la prestación de los servicios e intentó imponer un solo modelo dirigido centralmente con una población de enorme diversidad. En las últimas décadas modificó su política y trató las grandes disparidades en los estados con un control compartido entre ellos y el gobierno central.

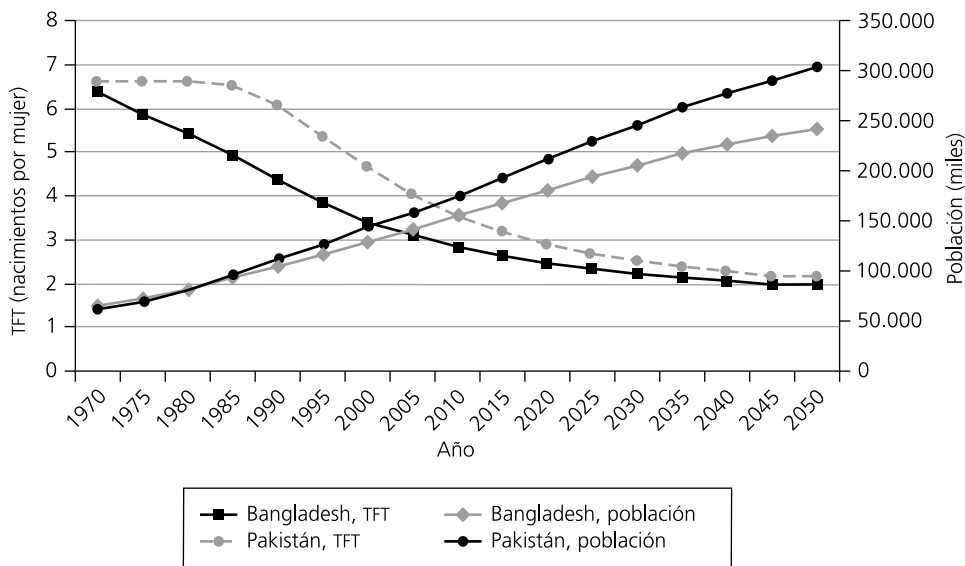
El paso del cambio estuvo afectado en ambos lados de la ecuación. Los programas con buena infraestructura inicial, buena dirección y fuerte esfuerzo de programa pudieron funcionar bien aun cuando el entorno fue principalmente negativo. Similarmente, programas más débiles y menos eficientes pudieron mostrar algunos

resultados en un contexto socioeconómico positivo y modernizante. Donde ambos conjuntos de factores fueron favorables, los programas tuvieron logros tempranos y muy positivos. A su vez, los programas mismos sirvieron para adelantar el proceso del cambio socioeconómico y la modernización.

Impacto de la reducción retrasada de la fecundidad

Dado que todos los programas tuvieron algún éxito para finales de los años noventa, ¿importa en realidad la oportunidad de su impacto? La respuesta es sí: el progreso temprano comparado con el tardío es de considerable significación. Los retrasos fueron seguidos por dos o tres décadas de mayor fecundidad y crecimiento más rápido, produciendo a la postre un mayor tamaño de la población. Por ejemplo, en 1970, Bangladesh tenía 5 millones de habitantes más que Pakistán, pero debido a que la TFT en Pakistán permaneció un 50% más alta por muchos años, para 2005 Bangladesh tenía 16 millones de habitantes menos que Pakistán (gráfico 24.5). Esa diferencia seguirá ampliándose bien entrado el futuro. Un crecimiento de población desventajosamente similar ha ocurrido regularmente por reducciones retrasadas de la fecundidad. De modo que los esfuerzos tempranos de programa fueron extremadamente importantes.

Gráfico 24.5 TFT y población total, Bangladesh y Pakistán, 1970-2050



Fuente: Cleland y otros, 2006.

Enseñanzas para futuras intervenciones en programas

En la mayoría de los países en desarrollo las políticas y programas dirigidos a reducir la fecundidad fueron esfuerzos verdaderamente pioneros encaminados a modificar los servicios públicos y el comportamiento de búsqueda de salud en gran escala. Aunque los resultados a corto plazo fueron mixtos, en el largo plazo la mayoría de los programas fueron relativamente exitosos. ¿Qué nos cuenta esta historia que pueda ser de valor cuando las agencias nacionales e internacionales conformen nuevas intervenciones de políticas y programas para atender las necesidades y desafíos emergentes de salud pública?

- *La adopción de políticas es un proceso continuo.* Varios canales llevaron a líderes nacionales y profesionales responsables de los países recién independientes de Asia y África a la conclusión de que el crecimiento de la población planteaba una amenaza. Usualmente se entrelazaron las consideraciones económicas, políticas y de salud, y siguen estándolo, como lo demostró ampliamente la conferencia de El Cairo de 1994. Aun cuando las políticas formales permanecen sin modificación, su implementación puede subir o caer, como lo testifica la competencia actual con los programas de VIH/Sida. Paciencia y persistencia deben ser la consigna.
- *No existe una ruta a la adopción de políticas que sea la mejor.* El mecanismo por el que ocurrió la adopción de políticas de planificación familiar no fue crítico: todo tipo de esfuerzos, autoritarios, de consenso e informales (basados en ONG) tuvieron éxito o, en ocasiones, fallaron. El apoyo público de los dirigentes nacionales ayudó a legitimar la planificación familiar, pero no podía garantizar su éxito, y no contar con dicho apoyo en algunos casos fue una estrategia interina útil.
- *Cada nuevo problema no debería crear una nueva estructura administrativa.* Los donantes y ardientes líderes locales crearon con frecuencia nuevas estructuras para la planificación familiar fuera de las agencias de salud existentes para eludir reglas opresivas y atraer varios ministerios. Estas comisiones o juntas fueron en ocasiones inconvenientes, pues crearon autoridades superpuestas y rivalidades separatistas, diluyeron el escaso personal técnico e hicieron confusas las líneas de responsabilidad. En la mayoría de los casos, el sistema de salud fue el instrumento a través del cual se administró la planificación familiar y el amenazar al Ministerio de Salud con presupuesto y personal separados, y argumentar por una estructura vertical contra una integrada, creó resentimientos y debilitó cualquier sentido de compromiso por parte del personal de salud. Sin embargo,

hubo unas pocas excepciones y también el temprano énfasis vertical llevó a una mayor integración al pasar los años y madurar los programas.

- *Los programas de choque pueden conllevar peligros.* La mayor parte de los problemas serios de salud se basan en un contexto de comportamiento y se entremezclan con otros temas de salud. Una estructura vertical completamente nueva pareció justificarse para los esfuerzos clásicos de erradicación de la malaria y la viruela, pero con esos programas se podía esperar una eliminación a corto plazo de un conjunto dado de vectores de enfermedad en un tiempo finito. En el caso de la planificación familiar, las estructuras verticales se modificaron usualmente utilizando hasta cierto punto los sistemas existentes del Ministerio de Salud. No obstante, algunos programas se enfocaron en forma muy estrecha en un solo resultado y utilizaron excesivo vigor en su búsqueda. Las mejores formas de equilibrar el enfoque y el vigor dentro de las estructuras de salud no se resuelven con facilidad y es evidente ahora en el caso de VIH/SIDA y otras enfermedades emergentes. Algunos de los errores cometidos en los programas de prestación de servicios –descuido de la calidad del servicio, apresuramiento en uso de nuevos métodos sin ensayos adecuados, y recurrir a cuotas y aun ocasionalmente a la coerción directa– fluyeron del paradigma del programa de choque: la convicción honesta, aunque equivocada, de que se justificaban medidas extremas ante la urgencia el problema.
- *Los niveles iniciales de SES son una buena orientación para la planeación del programa.* Las ONG usualmente encontraron a sus primeros clientes donde ya había urbanización, educación y actividad económica no agrícola. En los primeros programas del sector público se encontró que clínicas y hospitales eran los puntos de venta naturales para los primeros servicios. Sin embargo, pronto fue evidente que los programas bien operados dirigidos a subgrupos rurales y menos educados podían interesar mucho a las mujeres mayores y de alta paridad y que, una vez establecidos, los programas eficaces podían llegar gradualmente a subgrupos más jóvenes y de baja paridad. Tales expansiones podían proseguir al paso con las mejoras en educación y otros servicios sociales.
- *La escala del programa inicial tiene que ser realista.* Algunos programas se hicieron nacionales demasiado pronto, asumiendo el riesgo de que podía realizarse una nueva intervención relativamente sofisticada sobre el comportamiento humano en poblaciones dispersas, analfabetas y rurales. Tales esfuerzos a gran escala usualmente superaron la capacidad de los sistemas de servicios de salud existentes y del personal escaso y sobrecargado. En otros casos, las fallas fueron una planeación deficiente y una dirección débil, que llevaron a la falta de vigor y de alcance.

- *Los recursos financieros no son garantía de éxito.* Los fondos son importantes cuando están ausentes, pero ninguno de los casos aquí revisados fracasó por falta de recursos financieros para obtener productos, instalaciones o personal. Los obstáculos fueron principalmente más generales: infraestructura atrasada, equipos inadecuados, capacitación deficiente y administración débil. Toma tiempo adquirir y poner a funcionar estructuras humanas, físicas e institucionales más fuertes y el dinero sólo puede hacer lo suyo. La capacidad de absorción es limitada a corto plazo.
- *Es importante la consistencia en el liderazgo y dirección del programa.* Muchos de los recuentos de los capítulos son también historias de grandes personas que aportaron liderazgo y continuidad a sus programas. Decir que fueron los responsables del éxito sería ir muy lejos, pero es tentador preguntarse si los programas habrían tenido éxito aun hasta la mitad sin ellos y si un mejor liderazgo o una dirección más consistente no habrían mejorado los resultados.
- *Ningún enfoque individual de planificación familiar funcionó en todos los lugares.* Las circunstancias fueron distintas y aunque hasta cierto punto surgieron las buenas prácticas, no hubo dos programas idénticos. Las presiones de los donantes también variaron y los planeadores de los programas percibieron correctamente muchas prescripciones de los donantes con escepticismo. Los grandes cambios que ocurren ahora como resultado de la descentralización de los servicios, la pandemia del VIH/SIDA, los disturbios de movimientos de refugiados y conflictos armados, junto con las perspectivas inciertas de financiación, significan que los programas nacionales requieren una adaptación estrecha a cada conjunto de condiciones locales y a los inevitables cambios que experimentarán.

La mejor fórmula para el éxito del programa es tener disponible una variedad completa de métodos para toda la población a través de una amplia variedad de canales, con información pública completa sobre todos los métodos y con el nivel más alto posible de calidad del proveedor.

Nota final

En general, los primeros intentos de llevar alternativas de anticoncepción a gran parte del mundo en desarrollo constituyeron un logro social pionero. La rapidez y oportunidad del éxito dependieron del contexto socioeconómico y de la fuerza del programa y su dirección, esto fue claro y se comprendió desde el principio del intento. Algunos autores siguen siendo escépticos del impacto de los programas de planificación familiar (Demeny, 2001; McNicoll, 2006; Watkins, 2000), pero los ensayos de

este volumen sugieren que el escepticismo no tiene buen fundamento. Nadie esperó en forma realista que las políticas y programas pudieran reducir la fecundidad de la noche a la mañana o que los programas hicieran milagros. Fue claro desde el principio que a algunos programas les tomaría más tiempo que a otros producir resultados (Berelson, 1978; Cassen, 1970; Glass, 1966; Robinson, 1969) y que algunos se arriesgaban a fracasar. Al final, sin embargo, funcionaron, acelerando la transición a la menor fecundidad y reduciendo el tamaño de las poblaciones en muchos millones.

Hace cuatro décadas, en sus conclusiones de una temprana conferencia mundial sobre programas de planificación familiar, el entonces presidente del Consejo de Población, Frank W. Notestein, previó el futuro de los programas que apenas empezaban, con notable visión y en forma elocuente expresó su esperanza de lo que podrían ayudar a ocasionar como sigue:

“Me gustaría aventurar la conjetura de que en dos décadas los principales problemas del gran crecimiento de la población podrán estar bien en vía de solución... Tenemos las políticas, el interés y la tecnología, y estamos en el proceso de obtener la organización. Tenemos derecho a esperar que el crecimiento de la población no continuará siendo el obstáculo casi insuperable para el desarrollo económico que aparentaba ser hace sólo unos pocos años. No estoy sugiriendo que el trabajo ya está hecho; escasamente se ha iniciado. Pero sabemos qué hacer y en una primera aproximación cómo hacerlo. Si hemos aprendido en el pasado, es razonable suponer que podemos aprender aún más en el futuro. De ser así, una generación generalmente conspicua por realizar las más brutales guerras de la historia de la humanidad, puede todavía redimirse creando por primera vez en la historia del hombre un mundo en el que la salud, la educación y la oportunidad de realización individual puedan estar aseguradas para todos los pueblos del mundo” (Notestein, 1966, pp. 829-30).

Anexo: Principales características de los programas según el nivel socioeconómico

Cuadro A24.1 Entorno social inicial y características del programa

Características del programa	Categoría 1 de SES (alto)	Categoría 2 de SES (medio)	Categoría 3 de SES (bajo)
Número de casos	5	8	10
<i>Antecedente de política</i>			
Oposición fuerte	<u>Chile</u>	<i>Guatemala, Filipinas,</i>	<i>Ghana, Irán</i>
Apoyo fuerte	Hong Kong, Corea, Rep. de Singapur,	Colombia, Malasia, Sri Lanka, Tailandia, <u>Túnez</u> , <u>Turquía</u>	<u>India</u> , <u>Indonesia</u>
Ninguno	<u>Jamaica</u>	n.a.	<u>Bangladesh</u> ; <u>Egipto</u> ; <u>Kenia</u> ; <u>Marruecos</u> ; <u>Nepal</u> ; <u>Pakistán</u>
<i>Adopción de política</i>			
Autoritaria	Singapur	<i>Filipinas, Túnez</i>	<u>Egipto</u> ; <u>Indonesia</u> ; <u>Irán</u> ; <u>Marruecos</u> ; <u>Nepal</u> ; <u>Pakistán</u>
Consenso	Hong Kong, Corea, Rep. de	Colombia, Malasia, Sri Lanka, Tailandia, <u>Turquía</u>	<u>Bangladesh</u> ; <i>Ghana</i> , <u>India</u> , <u>Kenia</u>
Informal	<u>Chile</u> , <u>Jamaica</u>	<i>Guatemala</i>	
<i>Dirección de programa fuerte</i>			
Sí	<u>Chile</u> , Hong Kong, <u>Jamaica</u> ; Corea, Rep. de Singapur	Colombia, Malasia, Tailandia, <u>Túnez</u> , <u>Turquía</u>	<u>Bangladesh</u> , <u>India</u> , <u>Indonesia</u> <u>Pakistán</u>
No	n.a.	<i>Guatemala, Filipinas, Sri Lanka</i>	<u>Egipto</u> ; <i>Ghana</i> ; <u>Irán</u> ; <u>Kenia</u> ; <u>Marruecos</u> ; <u>Nepal</u>
<i>Estructura de administración</i>			
Ministerio de Salud	<u>Chile</u> , Corea, Rep. de; Singapur	Sri Lanka, Tailandia, <u>Túnez</u> ; <u>Turquía</u>	<u>Bangladesh</u> ; <u>Egipto</u> , <i>Ghana</i> ; <u>Irán</u> ; <u>Kenia</u> ; <u>Marruecos</u>
Junta vertical	<u>Jamaica</u>	Malasia, <i>Filipinas</i>	India, Indonesia, <u>Nepal</u> , <u>Pakistán</u>
Sin agencia gubernamental	Hong Kong	Colombia, <i>Guatemala</i>	n.a.

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación cuadro A24.1)

Características del programa	Categoría 1 de SES (alto)	Categoría 2 de SES (medio)	Categoría 3 de SES (bajo)
<i>Modo de prestación del servicio</i>			
Basado en clínicas	<u>Chile</u> ; Singapur	Malasia, Sri Lanka, <u>Túnez</u>	n.a.
Basado en trabajadores de campo	n.a.	<u>Guatemala</u>	<u>Bangladesh</u> ; <u>Ghana</u> ; <u>Indonesia</u> ; <u>Irán</u> ; <u>Kenia</u> ; <u>Marruecos</u> ; <u>Pakistán</u>
Más de un modo	Hong Kong; <u>Jamaica</u> ; Corea, Rep. de	Colombia, <u>Filipinas</u> , Tailandia, <u>Turquía</u>	<u>Egipto</u> ; <u>India</u> ; <u>Nepal</u>
<i>Recursos disponibles al principio del programa</i>			
Apoyo financiero y asistencia técnica disponibles	<u>Chile</u> ; Hong Kong; <u>Jamaica</u> ; Corea, Rep. de, Singapur	Colombia, <u>Guatemala</u> , Malasia, <u>Filipinas</u> , Sri Lanka, Tailandia, <u>Túnez</u> , <u>Turquía</u>	<u>Bangladesh</u> ; <u>Egipto</u> ; <u>Ghana</u> ; <u>India</u> ; <u>Indonesia</u> ; <u>Irán</u> ; <u>Kenia</u> ; <u>Marruecos</u> ; <u>Nepal</u> ; <u>Pakistan</u>
Personal de salud, instalaciones e infraestructura funcionando			
Sí	<u>Chile</u> ; Hong Kong; Corea, Rep. de; Singapur	Malasia; <u>Filipinas</u> ; Sri Lanka; Tailandia; <u>Túnez</u>	n.a.
No	<u>Jamaica</u>	Colombia, <u>Guatemala</u> ; <u>Turquía</u>	<u>Bangladesh</u> ; <u>Egipto</u> ; <u>Ghana</u> ; <u>India</u> ; <u>Indonesia</u> ; <u>Irán</u> ; <u>Kenia</u> ; <u>Marruecos</u> ; <u>Nepal</u> ; <u>Pakistan</u>
Capacidad estadística y de investigación disponible			
Sí	<u>Chile</u> ; Hong Kong; Corea, Rep. de; Singapur	Colombia, Malasia; <u>Filipinas</u> ; Sri Lanka; Tailandia; <u>Túnez</u>	<u>Bangladesh</u> ; <u>Indonesia</u>
No	<u>Jamaica</u>	<u>Guatemala</u> ; <u>Turquía</u>	<u>Egipto</u> ; <u>Ghana</u> ; <u>India</u> ; <u>Irán</u> ; <u>Kenia</u> ; <u>Marruecos</u> ; <u>Nepal</u> ; <u>Pakistan</u>
<i>Estrategia adoptada de IEC</i>			
Sí	Hong Kong; <u>Jamaica</u> ; Corea, Rep. de; Singapur	Colombia, Malasia; Sri Lanka; Tailandia; <u>Túnez</u> ; <u>Turquía</u>	<u>Bangladesh</u> ; <u>India</u> ; <u>Indonesia</u> ; <u>Irán</u> ; <u>Nepal</u> ; <u>Pakistan</u>
No	<u>Chile</u>	<u>Guatemala</u> , <u>Filipinas</u>	<u>Egipto</u> ; <u>Ghana</u> ; <u>Kenia</u> ; <u>Marruecos</u>

Fuente: análisis de los autores basado en los capítulos de cada país.

Nota: n.a. = no aplicable. Las economías de logros tempranos se muestran en tipo regular, las de logros a mitad de camino subrayadas y las de logros tardíos en cursiva.

Referencias

- Berelson, Bernard. 1974. "An Evaluation of the Effects of Population Control Programs." *Studies in Family Planning* 5 (1): 1–12.
- . 1978. "Programs and Prospects for Fertility Reduction." *Population and Development Review* 4 (4): 579–616.
- Bogue, Donald J., ed. 1968. "Progress and Problems of Fertility Control around the World" (número especial). *Demography*: 5 (3).
- Bongaarts, John, W. Parker Mauldin y James F. Phillips. 1990. "The Demographic Impact of Family Planning Programs." *Studies in Family Planning* 21 (6): 299–310.
- Bongaarts, John y Robert G. Potter. 1983. *Fertility, Biology, and Behavior*. Nueva York: Academic Press.
- Bulatao, Rodolfo A. 1993. *Effective Family Planning Programs*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Cassen, Robert. 1978. "Current Trends in Population Change and Their Causes." *Population and Development Review* 4 (2): 331–53.
- Cleland, John, Stan Bernstein, Alex Ezeh, Annibal Faundes, Anna Glaser y Jolene Innis. 2006. "Family Planning: The Unfinished Agenda." *Lancet* (octubre): 44–64.
- Coale, Ansley J. y Edgar M. Hoover. 1958. *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Critchlow, Donald T., ed. 1996. *The Politics of Abortion and Birth Control in Historical Perspective*. University Park, PA: Pennsylvania State University Press.
- Demeny, Paul. 2001. "Intellectual Origins of Post-World War II Population Policies in South Asia." *Fertility Transition in South Asia*, ed. Zeba A. Sathar y James Phillips, 34–46, Oxford: Oxford University Press.
- Demeny, Paul. 2003. "Population Policy." En *Encyclopedia of Population*, vol. II, ed. Paul Demeny and Geoffrey McNicoll, 752–57. Nueva York: Macmillan.
- Donaldson, Peter y Amy Tsui. 1988. *The International Family Planning Movement*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Freedman, Ronald y Bernard Berelson. 1976. "The Record of Family Planning Programs." *Studies in Family Planning* 7 (1): 1–40.
- Freedman, Ronald y Deborah Freedman. 1992. "The Role of Family Planning Programmes as a Fertility Determinant." En *Family Planning Programmes and Fertility*, ed. James F. Phillips y John A. Ross, 10–27. Oxford, R.U.: Oxford University Press.
- Glass, David V. 1966. "Population Growth and Population Policy." En *Public Health and Population Change*, ed. M. Sheps y J. C. Ridley, 2–25. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.

- Johanssen, S. R. 1991. "Implicit Policy and Fertility Change during Development" *Population and Development Review* 17 (3): 388–414.
- Liebenstein, Harvey M. 1954. *A Theory of Economic-Demographic Development*. Princeton: Princeton University Press.
- Mason, A., ed. 2001. *Population Policies and Programs in East Asia*. Documento ocasional No. 123. Honolulu, HI: East-West Center.
- Mauldin, W. Parker. 1978. "Patterns of Fertility Decline in Developing Countries, 1965–75." *Studies in Family Planning* 9 (4): 75–84.
- Mauldin, W. Parker, Bernard Berelson y Zenas Sykes. 1978. "Conditions of Fertility Decline in Developing Countries, 1965–75." *Studies in Family Planning* 9 (5): 89–147.
- May, John F. 2005. "Population Policy." En *The Handbook of Population*, ed. D. Poston y M. Micklin, 827–52. Nueva York: Kluwer.
- McNicoll, Geoffrey. 2006. "Policy Lessons of the East Asian Fertility Transition." Documento de trabajo No. 21, Population Council, Nueva York.
- Nortman, Dorothy. 1969. *Family Planning and Population Fact Book*. Nueva York: Population Council.
- Notestein, Frank W. 1966. "Closing Remarks." En *Family Planning and Population Programs: A Review of World Developments*, eds. B. Berelson, R. K. Anderson, O. Harkavy, J. Maier, W. P. Mauldin y S. J. Segal, 827–30. Chicago: University of Chicago Press.
- Posner, E. A. 2001. *Laws and Social Norms*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Roberts, Geoffrey, ed. 1990. *Population Policy*. Nueva York: Greenwood Press.
- Robinson, Warren C. 1969. "Population Control and Development Strategy." *Journal of Development Studies* 5 (2): 104–117.
- Ross, John A y John Stover. 2001. "The Family Planning Program Effort Index: 1999 Cycle." *International Family Planning Perspectives* 27 (3): 119–29.
- Ross, John A., John Stover y Demi Adelaja. En preparación. "Family Planning Programs in 2004: Efforts, Justifications, Influences, and Special Populations of Interest." *International Family Planning Perspectives*.
- Sathar, Zeba y James F. Phillips, eds. 2001. *Fertility Transition in South Asia*. Oxford: Oxford University Press.
- Seltzer, Judith. 1998. *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Mónica, CA: RAND Corporation.
- ONU (Naciones Unidas). 1973. *The Determinants and Consequences of Population Trends*. Population Studies 50. Nueva York: Naciones Unidas.
- _____. 2005. *World Population Prospects: The 2004 Revision*, vol. 1, Comprehensive Tables. Nueva York: Naciones Unidas, Population Division.
- Watkins, Susan C. 2000. "Local and Foreign Models of Reproduction in Nyanza Province, Kenya." *Population and Development Review* 26 (4): 725–59.

Watson, Walter B. 1977. "Historical Overview." En *Family Planning in the Developing World: A Review of Programs*, ed. Walter B. Watson, 1–9. Nueva York: Population Council.

E

l impresionante ascenso en las tasas de crecimiento de la población en los países en desarrollo al finalizar la Segunda Guerra Mundial adquirió fuerza en la década siguiente, y desde los años cincuenta hasta los setenta, los académicos y grupos de defensa divulgaron la tendencia y extrajeron conclusiones preocupantes sobre sus implicaciones económicas y ecológicas. Organizaciones privadas educativas y filantrópicas, gobiernos y organizaciones internacionales se unieron en la lucha por reducir la fecundidad. Tres décadas después, este movimiento ha experimentado cambios que sobrepasan las expectativas más optimistas de cualquiera y se espera la estabilización demográfica mundial en el presente siglo.

La revolución mundial de la planificación familiar preserva el notable historial de este éxito. Sus editores y autores ofrecen más que un registro histórico y discuten importantes enseñanzas para las iniciativas actuales y futuras de la comunidad internacional. Algunos programas tuvieron éxito, en tanto que otros fracasaron inicialmente, y el análisis ofrece una orientación valiosa para los objetivos y respuestas de políticas a los emergentes desafíos mundiales relacionados con la salud.

“La promoción de la planificación familiar en los países pobres fue uno de los grandes éxitos del desarrollo de los últimos 50 años. La contribución única de este libro está en los 23 casos de estudio de países que documentan las diversas formas en que se superaron los obstáculos y se logró el éxito. El volumen presenta una documentación histórica invaluable de uno de los más importantes desarrollos de los últimos 50 años, la contención del rápido crecimiento de la población en las regiones más pobres”.

John Cleland, profesor de demografía médica, Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, y presidente, International Union for the Scientific Study of Population.

“Hay una historia maravillosa en estos capítulos y los 23 casos de estudio de países individualmente transmitirán valiosas enseñanzas a los estudiantes de diseño de políticas, administración de programas y de transformación social, sobre cómo un movimiento nacional como el de planificación familiar gana fuerza y en la mayoría de los casos tiene mucho éxito al cambiar la práctica de la anticoncepción”.

Amy Tsui, Director del William and Melinda Gates Program, Bloomberg School of Public Health, The Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland.

“Mucho se ha escrito sobre la evolución de las políticas y programas nacionales de planificación familiar, pero este libro representa una adición destacada a esa literatura. Su cobertura y la pericia de los autores, que combinan credenciales académicas de primera categoría con experiencia de primera mano en los países sobre los que escriben, están entre los rasgos que hacen de este libro algo tan distinguido. Los capítulos específicos para cada país reúnen mucho material difícil de conseguir y ofrecen un análisis uniformemente juicioso”.

Peter J. Donaldson, presidente, Population Council, Nueva York, NY.



BANCO MUNDIAL

