



## **Planificación Familiar: Situación Actual y Perspec- tivas**

**Alberto Bayona N.\***

\*Economista, Jefe del Departamento de Economía e Investigador del CIDSE

#### RESUMEN<sup>1</sup>

Dos situaciones deben considerarse: cómo la alta reproducción compromete la salud de la madre y del niño y qué tanto debe regularse la fecundidad para lograr las metas de población consideradas para las próximas tres décadas. El efecto de la alta reproducción en la salud materna e infantil ha mostrado ser negativo, produciendo elevadas tasas de morbilidad y mortalidad. Por otra parte el control de la mortalidad infantil fortalece en el mediano plazo la decisión de controlar la fecundidad. El rezago entre el descenso de la mortalidad y el de la natalidad condiciona el tiempo de aceleración del crecimiento demográfico y los esfuerzos que deben realizarse para recuperar el equilibrio. El mecanismo no es automático y debe recibir un estímulo exógeno para rectificar la relación deseada entre la sobrevivencia esperada y observada en las familias, lo cual requiere de un esfuerzo concertado de la sociedad para reacomodar las normas y valores correspondientes a los niveles de fecundidad y mortalidad infantil. Junto con el celibato, la abstinencia y otras normas concernientes a las relaciones sexuales, la difusión y adopción de la anticoncepción voluntaria es el medio más expedito para lograrlo. El apoyo del Estado en el fomento de este mecanismo, tanto de su conocimiento correcto como de oferta suficiente es indispensable para recobrar en menor tiempo el crecimiento moderado de la población, debido a que su acción debe enfocarse hacia las áreas más pobres y de difícil acceso del país, las cuales no alcanzan a ser cubiertas por los organismos privados debido a los altos costos que implica montar la infraestructura necesaria superiores a los recursos disponibles para este tipo de intervenciones.

En 39 millones de personas se estima la población de Colombia para el año 2000. Este pronóstico, halagüeño ante los 54 millones que proyectaba el DAÑE a finales de los sesenta antes del cambio en la tendencia en la fecundidad, no deja de ser preocupante por sus múltiples implicaciones sociales y económicas en el mediano y largo plazo, particularmente en el campo del cuidado y preservación de la SALUD. El hecho de que el incremento de la población no haya sido tan abrumador como se esperaba ante circunstancias coyunturales, no significa que el proceso de transición demográfica haya llegado a su término de un crecimiento estable y moderado en el país y mucho menos en las áreas rezagadas, en las cuales apenas se inicia tal proceso de transformación. Para el país, como para estas áreas en particular, todo incremento de población implica esfuerzos económicos y sociales adicionales en el camino al desarrollo, más aún, cuando la población que más se reproduce y mayor potencial de crecimiento demográfico

presenta, es aquella de más bajos ingresos, peores condiciones de vida material y en buena proporción se sitúa en la línea de pobreza extrema.

La transición experimentada en el país en el presente siglo, puede resumirse como el paso de una fase inicial de rápido crecimiento, con niveles elevados de fecundidad y mortalidad moderadamente alta y en descenso en la primera mitad del siglo, a una fase posterior de también rápido crecimiento con fecundidad moderadamente alta y en descenso y mortalidad moderadamente baja y con tendencias a la estabilización. La tasa de crecimiento poblacional que osciló alrededor del dos por ciento hasta los años cincuenta es la misma que se ha alcanzado en esta última década y la que se espera hasta finalizar el siglo, después del aceleramiento de los años cincuenta y sesenta originado en el rezago de la caída de la natalidad ante el rápido descenso de la mortalidad. Esta transición se encuentra aún lejana del momento en que se llegue a la fase de crecimiento moderado de población (Cuadro 1, Gráfico 1). Si se piensa que con una tasa de dos por ciento se duplica una población apro-

1. El presente trabajo se realizó con el auspicio de la Universidad del Valle, Dpto. de Economía y la Association for Voluntary Surgical Sterilization.

CUADRO 1.  
POBLACIÓN Y TASAS DE CRECIMIENTO  
DEL PAÍS - 1912-2025

| Año  | Población  | Crecimiento (%) |         |
|------|------------|-----------------|---------|
|      |            | Total           | Natural |
| 1912 | 5,071,642  |                 |         |
| 1918 | 5,855,077  | 21.7            |         |
| 1938 | 8,701,816  | 20.2            |         |
| 1951 | 11,548,172 | 21.9            |         |
| 1964 | 17,484,508 | 31.5            |         |
| 1973 | 22,862,068 | 28.9            |         |
| 1985 | 29,879,331 | 22.9            | 24.0    |
| 1990 | 32,978,785 | 19.7            | 21.3    |
| 1995 | 36,181,730 | 18.5            | 29.9    |
| 2000 | 39,397,403 | 17.0            | 18.2    |
| 2005 | 42,559.316 | 15.4            | 16.5    |
| 2010 | 45,721,677 | 14.3            | 15.4    |
| 2015 | 48,722,925 | 12.7            | 13.7    |
| 2020 | 51,595,143 | 11.5            | 12.4    |
| 2025 | 54,264,594 | 10.1            | 10.9    |

FUENTE:DANE, 1912-1973 Y DNP, 1985-2025.

ximadamente en 35 años, se tendrían unos 58 millones de colombianos en el año 2020 de prevalecer tal tasa. No obstante, pronósticos refinados sitúan la cifra en 51.5 millones. Desde el punto de vista económico, el escenario implica un crecimiento mínimo de la Renta Nacional Real igual al poblacional para que la situación de pobreza, ceteris paribus, no se deteriore o por lo menos para mantener la renta real per cápita actual.

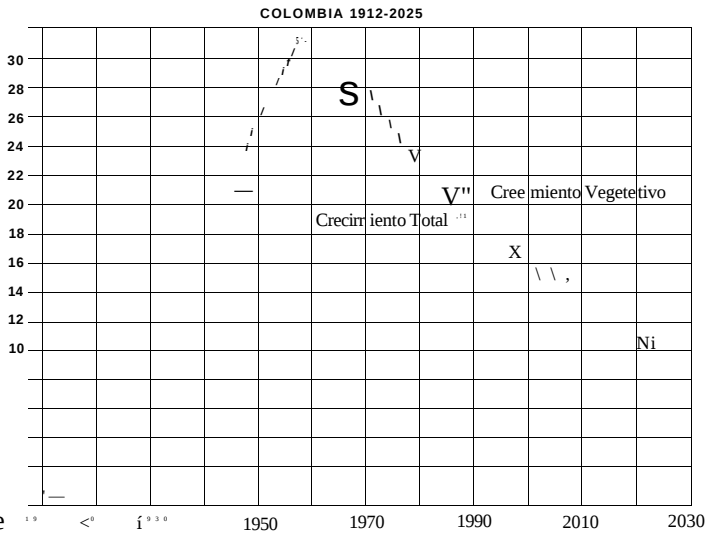
Empero, el famoso promedio no es resultado de un conjunto homogéneo que marcha en la misma dirección. Mientras las áreas modernas del país se dirigen hacia la última fase de la transición definida por bajas tasas de fecundidad, mortalidad y crecimiento vegetativo, las rezagadas se encuentran en la fase de

aceleramiento con una fecundidad alta o moderadamente alta y con posibilidades de descensos en la mortalidad. Esta situación se presenta entre otros, en los departamentos de la Región Atlántica, el Litoral Pacífico, Nariño y Cauca, en los cuales se presentan fuertes emigraciones ante su baja capacidad de sostenimiento.

Salud y población

La salud es uno de los resultados más importante en la concepción del desarrollo. La determinación de su nivel en una comunidad se encuentra en buena parte explicado en la transformación económica y social. Las mejores condiciones de vida de las familias, el más adecuado saneamiento ambiental, la mejor gestión y oferta del Estado en prevención y atención al cuidado de las personas y la constricción de la estructura demográfica, llevan a mejores condiciones de salud de la población, con más bajos riesgos de enfermar y morir. Los anteriores factores son el resultado del estilo y las políticas de desarrollo económico, aún cuando se ha encontrado que los niveles de salud se vuelven más autónomos del desarrollo y se pueden obtener mejoras importantes a partir exclusivamente de la gestión

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA



sectorial específica (Amaga, 1970, Omran, 1971, Petersen, 1961, Presten, 1975.a, 1976).

El gran avance económico del país a partir de la década de los cincuenta y la intervención más efectiva en salud pública, ha conducido a transformaciones en la estructura de la morbilidad y la mortalidad lo cual se refleja en la primacía actual de las causas que tienen su origen en procesos degenerativos del ciclo biológico y en la accidentalidad y la violencia, mientras que las otrora prevalentes enfermedades originadas en factores sociales y económicos propias de la pobreza y la desinformación, han sido relegadas en su importancia (Bayona, 1977.b, 1985, 1991, Bayona y Pabón, 1982, Bayona y Rico, 1982, Llanos y Ochoa, 1982).

No obstante, las diferencias en el grado de desarrollo y en la administración de la salud se manifiestan en los niveles de mortalidad general e infantil y en los indicadores de fecundidad de los departamentos. A mayor modernización, urbanización, educación y actividad económica se encuentra una más alta esperanza de vida al nacer y menor nivel de mortalidad infantil y de fecundidad, diferencias que, sin embargo, han disminuido en el tiempo (Bayona, 1977.a, Bayona y Ruiz, 1982).

Por otra parte, el mejoramiento en las condiciones de salud de la población y la disminución en la mortalidad infantil no conducen a una respuesta inmediata en el nivel de la fecundidad. Las parejas que habitan en comunidades con alta mortalidad y que han tenido experiencias cercanas de mortalidad infantil o en la niñez, no cambian la norma del tamaño de familia dentro de su ciclo reproductivo, como también se ha visto que esas parejas tienden a reemplazar los hijos que fallecen. La evidencia muestra que dos muertes infantiles son reemplazadas con un nacimiento. O en otra dirección, para disminuir un nacimiento es necesario disminuir en dos las defunciones infantiles, lo que conduce a un incremento en la tasa de crecimiento poblacional. El efecto a

***el mejoramiento en las  
condiciones de salud  
de la población y la  
disminución en la mortalidad  
infantil no conducen  
a una respuesta  
inmediata en el nivel de la  
fecundidad***

nivel de familia es el aumento en el número de sus miembros, con las consecuencias lógicas sobre las condiciones de salud, nutrición y bienestar de los sobrevivientes, particularmente en los estratos de menores ingresos (Presten, 1975.b, 1978, Bayona, 1980).

**Salud y fecundidad**

La fecundidad mantiene una relación dinámica de interacción con la salud y la mortalidad de los niños y las madres. De hecho, la fecundidad y la mortalidad materna e infantil son menores en las áreas más desarrolladas, entre la población con mayor educación y en las familias con altos niveles de vida y status socio-económico. La mayor fecundidad usualmente se asocia con menores edades en la iniciación y mayores en la terminación de la reproducción (oportunidad en la edad a la maternidad), mayores tamaños de familia (alta paridad) y espaciamientos genésicos más cortos en comunidades con más bajo uso de anticoncepción, de menor acceso en la atención del embarazo y del parto, condiciones de vida poco favorables, representadas por desnutrición, malos hábitos higiénicos, baja cobertura de servicios básicos y de saneamiento y hacinamiento. Estos factores se han asociado a su vez empíricamente con mayores riesgos de morbilidad y mortalidad infantil, en la niñez y materna.

La relación que existe entre la fecundidad -representada por la alta paridad, el intervalo

entre nacimientos y la oportunidad de la edad a la maternidad- y los riesgos sobre la salud y sobrevivencia del feto, el niño y la madre ha sido ampliamente documentada para América Latina y a nivel mundial (Omran 1985, Ross et al., 1992, Ordóñez, 1985). Los resultados sugieren una zona de seguridad -o de menor riesgo- para la reproducción delimitada por embarazos de madres después de los 19 años y antes de los 35, con espaciamiento entre los nacimientos de mínimo 24 meses, preferiblemente entre los 24 y los 36 meses, y, limitando el número de hijos máximo a 4, siendo el óptimo 2 o 3.

Estas medidas de prevención deben tenerse presente dada la magnitud del problema en el país. En el cuadro 2 se presenta un perfil de la maternidad en la última década, donde el 45 por ciento de los nacimientos se encontraron en la categoría de riesgo elevado, con un riesgo relativo de 1.72 frente a los de ningún riesgo.

| CUADRO 2.                                                           |                                 |                       |                            |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Porcentaje de Niños Nacidos entre 1985 y 1990 en                    |                                 |                       |                            |
| Categorías Específicas de Alto Riesgo de Mortalidad y Porcentaje de |                                 |                       |                            |
| Mujeres en Unión a Riesgo de Concebir                               |                                 |                       |                            |
| un Hijo en Esas Categorías                                          |                                 |                       |                            |
| CATEGORÍA DE RIESGO                                                 | Porcentaje<br>de<br>Nacimientos | Razón<br>de<br>Riesgo | Porcentaj<br>de<br>Mujeres |
| <b>Ningún Riesgo Elevado</b>                                        | 54.2                            | 1                     | 26.9                       |
| <b>Un Solo Riesgo</b>                                               | 31.6                            | 1.58                  | 33.7                       |
| Madre menor de 18 años                                              | 5.3                             | 1.38                  | 0.5                        |
| Madre de 35 años o más                                              | 2.7                             | 2.45                  | 1.3                        |
| Intervalo menor de 24 meses (corto)                                 | 12.2                            | 1.76                  | 31.9                       |
| Orden de nacimiento de 4 o mayor (alto)                             | 11.4                            | 1.29                  | 0                          |
| <b>Riesgos Múltiples</b>                                            | 14.2                            | 2.02                  | 39.4                       |
| Madre menor de 18 e intervalo corto                                 | 0.6                             | 4.73                  | 0.6                        |
| Madre mayor de 34 e intervalo corto                                 | 0.2                             | n.d.                  | 8.3                        |
| Madre mayor de 34 y orden alto                                      | 5.2                             | 0.32                  | 0                          |
| Madre mayor de 34, intervalo corto, orden alto                      | 1.2                             | 5.31                  | 17.8                       |
| Intervalo corto y orden alto                                        | 6.9                             | 2.54                  | 12.7                       |
| <b>Total en Categorías de Riesgo Elevado</b>                        | 45.8                            | 1.72                  | 73.2                       |
| <b>Número (miles)</b>                                               | 3.713                           |                       | 4.450                      |

Fuente: Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud. Colombia, 1990, Cuadro 7.5

### Fecundidad y anticoncepción

El descenso en el ritmo de crecimiento vegetativo de la población ha sido firme y acelerado en los últimos 40 años. La tasa bruta de mortalidad disminuyó en 64 por ciento (de 16.1 por mil a 6.1) entre los quinquenios 1950-55 y 1985-90 y la tasa bruta de natalidad en 42 por ciento en el mismo período (de 47.3 a 27.4 por mil), según los estimativos del DANE-D.N.P.-CELADE. En el mismo lapso la tasa de mortalidad infantil cayó en 67.8 por ciento y la tasas total de fecundidad en 53.7 por ciento. El efecto del reemplazo de los hijos muestra como el descenso en la mortalidad infantil no produce un efecto pleno en la caída de la fecundidad inmediatamente sino con el rezago necesario para que la población asimile las nuevas condiciones de sobrevivencia.

La interacción entre la mortalidad infantil y la fecundidad se refuerza. En un principio una caída en la mortalidad infantil genera una aceleración en la tasa de crecimiento demográfico, pero la mayor sobrevivencia conduce a un exceso en el número de hijos vivos que motiva a las parejas a reducir su fecundidad, comportamiento que se irradia a las clases menos favorecidas. El menor tamaño de familia disminuye la competencia por la sobrevivencia de los menores y, por ende, conduce a una menor mortalidad, lo cual refuerza el ciclo de disminuciones en ambas variables.

La baja mortalidad facilita la adopción de la anticoncepción ante la necesidad senti-

da por la pareja al ver aumentado su tamaño final de familia sobreviviente, siendo necesario allanar el acceso al conocimiento y disponibilidad de los métodos de control natal. La experiencia del país en los años sesenta y setenta ilustra la dinámica del mecanismo descrito, que permitió pasar del fatalismo de clausura al pensamiento seglar en la toma de decisiones hacia la fecundidad y la mortalidad. El cambio en la racionalidad de las parejas se refleja en las normas y actitudes sobre el número de hijos, el uso de anticoncepción - en donde prevalecen cada vez más los métodos modernos y la esterilización- y la mayor sobrevivencia de los hijos (Cuadro 3).

Empero, persisten grandes diferencias en el comportamiento de estas variables: las áreas rurales, los estratos más pobres, las mujeres con menor educación y en general la región de la Costa Atlántica y el Litoral Pacífico, presentan mayores índices de reproducción y menores tasas de uso de contraceptivos, con tamaño ideal de familia más numeroso y menor demanda satisfecha para espaciar o terminar la fecundidad.

El problema de este diferencial es su focalización en las poblaciones con mayor dificultad de acceso a los programas de salud y más resistencia al cambio debido a sus niveles

CUADRO 3.  
**PARTE A. Porcentaje de Mujeres Unidas (MAU's) que Usan Anticonceptivos y Tasa Total de Fecundidad por Regiones del País: 1978 y 1990.**

| Región    | Uso %MAU's |      | Tasa Total de Fecundidad |      |
|-----------|------------|------|--------------------------|------|
|           | 1978       | 1990 | 1978                     | 1990 |
| Atlántica | 39         | 54   | 4.4                      | 3.6  |
| Oriental  | 45         | 74   | 3.8                      | 2..8 |
| Central   | 46         | 66   | 3.4                      | 2.6  |
| Pacífica  | 45         | 66   | 4.3                      | 2.9  |
| Bogotá    | 62         | 75   | 3.1                      | 2.4  |
| Total     | 46         | 66   | 3.8                      | 2.9  |

FUENTE: 1978: EPA/80 y 1990: EDS/90, Cuadro 4.4

**PARTE B. Porcentajes de Mujeres Unidas que Usan Anticonceptivos Según Métodos y Zona: 1969 y 1990.**

| Métodos                    | URBANO              |      | RURAL |      | TOTAL* |      |
|----------------------------|---------------------|------|-------|------|--------|------|
|                            | 1969                | 1990 | 1969  | 1990 | 1969   | 1990 |
|                            | (Porcentaje de uso) |      |       |      |        |      |
| Pildora + DIU <sup>a</sup> | 15.0                | 28.8 | 3.0   | 21.0 | 10.5   | 26.5 |
| Esterilización             | 2.0                 | 21.5 | 1.0   | 21.2 | 1.6    | 21.4 |
| Otros Modernos             | 6.0                 | 7.4  | 2.0   | 5.2  | 4.5    | 6.8  |
| Subtotal Met. Modernos     | 23.0                | 57.7 | 6.0   | 47.4 | 16.6   | 54.7 |
| Ritmo                      | 7.0                 | 6.6  | 3.0   | 4.8  | 5.5    | 6.1  |
| Retiro y Otros             | 15.0                | 4.8  | 6.0   | 6.8  | 11.6   | 5.3  |
| Subtotal Tradicionales     | 22.0                | 11.4 | 9.0   | 11.6 | 17.1   | 11.4 |
| Total Prevalencia Uso      | 45.0                | 69.1 | 15.0  | 59.0 | 33.8   | 66.1 |
| Tasa Total Fecundidad      | 5.2                 | 2.5  | 9.2   | 3.8  | 6.7    | 2.9  |

Fuente: 1969, Encuesta Nacional de Uso de Anticonceptivo, COLOMBIA, 1978, Cuadro 6.13 - 1990, COLOMBIA. Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud, 1990, Cuadro 4.4

- a) El total de 1969 se estimó utilizando ponderaciones de 0.625 para lo urbano y 0.375 para lo rural.  
b) Incluye a 0.6, 0.3 y 0.5 mujeres cuyos cónyuges se habían realizado la vasectomía.

educativos, poca inserción en la modernidad y patrones culturales tradicionales hacia la fecundidad.

### Perspectivas y necesidades de planificación familiar

El cambio en la dinámica demográfica ha permitido realizar pronósticos relativamente favorables sobre el número y estructura de la población para los próximos 35 años (DANE-DNP-CELADE). En su realización se si-

guieron procedimientos propios del análisis demográfico con el fin de obtener las tendencias más probables de los componentes del cambio: fecundidad, mortalidad y migraciones. El refinado análisis matemático seguido en la elaboración de las perspectivas de la fecundidad, supone la continuación de la tendencia en el comportamiento de algunas variables que la condicionan tales como el uso de anticoncepción, la práctica del aborto provocado, la participación de la mujer en el mercado laboral, la edad de iniciación a la maternidad y la participación y retención de la mujer en el sistema educativo, por mencionar algunas.

Dado que no se han presentado cambios relevantes en la biología y la fisiología de la reproducción natural humana en el país, el descenso previsto de la fecundidad implica aumentar el número de parejas cubiertas con métodos anticonceptivos, ya que la tendencia es la de un mayor crecimiento vegetativo en las regiones y los estratos rezagados donde la fecundidad es más elevada y los riesgos asociados con la salud materna e infantil tienen mayor posibilidad de disminuir.

Para el país las proyecciones indican un incremento de casi el 80 por ciento de las mujeres en edad reproductiva entre 1985 y el 2025: las mujeres de 15 a 49 años pasarán de 7.7 a 13.7 millones en los próximos 35 años (DANE-DNP-CELADE, pp.32-34). Si se mantienen las tasas de apareamiento al nivel históricamente observado, cercano al 52 por ciento<sup>2</sup>, se tendrá en el quinquenio 2020-2025 más de 7 millones de mujeres/año en exposición a la fecundidad, frente al promedio de 4.3 millones presentes en el quinquenio 1985-1990 (columna b, Cuadro 5).

El esfuerzo para lograr la tasa de crecimiento demográfico proyectada para el país de

uno (1) por ciento en el quinquenio 2020-2025, requiere una clara definición de políticas y de fijación de metas relativas a la regulación de los nacimientos por parte de los organismos pertinentes. Si se acepta la relación entre el nivel de la fecundidad y la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos observada en el país en los últimos 15 años, se requiere de un nivel de uso de 66.7 por ciento en el quinquenio 1990-95 para conseguir una tasa total de fecundidad de 2.92 (hijos por mujer al final de su vida reproductiva), incrementar las usuarias al 73.5 por ciento de las mujeres expuestas en el 2000-2005 para lograr una tasa total de fecundidad de 2.6 y pasar al 80.8 por ciento en el 2020-25 para lograr la tasa prevista de 2.28, bajo el supuesto de que continuarán

CUADRO 4.  
Niveles de Anticoncepción Asociados con las Tasas Totales de Fecundidad Esperadas en las Proyecciones: 1990-2025

| Período de la Proyección                      | Tasa Total Fecundidad | Nivel de Anticoncepción Asociado (% de Uso) |
|-----------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------|
| Proyección D.N.P                              |                       |                                             |
| 1990-1995                                     | 2.92                  | 66.73                                       |
| 1995-2000                                     | 2.75                  | 70.46                                       |
| 2000-2005                                     | 2.61                  | 73.53                                       |
| 2005-2010                                     | 2.50                  | 75.94                                       |
| 2010-2015                                     | 2.41                  | 77.92                                       |
| 2015-2020                                     | 2.34                  | 79.45                                       |
| 2020-2025                                     | 2.28                  | 80.77                                       |
| Tasa Total Deseada <sup>a</sup>               | 2.20                  | 82.52                                       |
| Tasa Bruta de Reproducción R'= 1 <sup>b</sup> | 2.05                  | 85.82                                       |

a) Tasa Total Deseada según la Encuesta de DEMOGRAFÍA y SALUD, 1990.  
b) R'=1 es la tasa en la cual una mujer se reemplaza a sí misma en una generación.  
c) Estimaciones obtenidas a partir de la ecuación  $USO=(TTF-A)/B$   
Los parámetros A y B se obtuvieron de la regresión

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| TTF= A + B USO          |               |
| cuyos resultados fueron |               |
| Constante               | 5.961252      |
| Error Estándar de Y Est | 0.279730      |
| R Cuadrado              | 0.786504      |
| No. de Observaciones    | 24            |
| Grados de Libertad      | 22            |
| X Coefficient(s)        | -0.0455772291 |
| Error Estándar de Coef. | 0.0050626847  |

2. La información puede examinarse en las Encuestas realizadas para el país de Prevalencia de Uso de Anticoncepción, 1978, cuadro 1.4 pág. 10, y las de Demografía y Salud de 1986, cuadro 2.2 pág. 22 y de 1990, cuadro 2.6 pág. 25.

CUADRO 5.  
Estimación de Mujeres  
en Edad Reproductiva (15-49 Años)  
Total<sup>a</sup> Unidas<sup>b</sup> y Usuarías de  
Métodos Anticonceptivos<sup>c</sup>  
(En miles)

| Período   | Total    | Unidas  | Usuarías |
|-----------|----------|---------|----------|
|           | a        | b       | c        |
| 1985-1990 | 8,239.9  | 4,284.7 | 2,806.5  |
| 1990-1995 | 9,328.4  | 4,850.7 | 3,236.9  |
| 1995-2000 | 10,368.8 | 5,391.8 | 3,799.1  |
| 2000-2005 | 11,256.2 | 5,853.2 | 4,303.9  |
| 2005-2010 | 12,020.8 | 6,250.8 | 4,746.9  |
| 2010-2015 | 12,642.5 | 6,574.1 | 5,122.5  |
| 2015-2020 | 13,092.4 | 6,808.1 | 5,409.0  |
| 2020-2025 | 13.496.2 | 7,018.0 | 5,668.4  |

a) Estimación a mitad de período apartir de las proyecciones del D.N.P.-CELADE.  
b) Se estimó en 52% las mujeres en unión (legal o consensual) a partir de las encuestas demográficas EPA/78, cuadro 1.4, EDS/86, cuadro 2.2 y EDS/90, cuadro 2.6, que proporcionan datos para 1973, 1976, 1978, 1986 y 1990.  
c) Calculadas a partir de las tasas de uso estimadas en el cuadro 4.

las tendencias de los otros factores que condicionan la fecundidad, entre ellos la del aborto que permanecería como un grave problema de salud pública.

La tendencia en la tasa de uso de métodos anticonceptivos requerida para obtener la fecundidad prevista en la proyección hasta el año 2025 se presenta en el cuadro 4. El esfuerzo por realizar se presenta en el cuadro 5, en el cual se muestra el promedio anual de usuarias para todos los quinquenios de la proyección, las que deberán duplicarse en su número entre el primero y el último período: de 2.8 millones de usuarias actuales a 5.6 millones en el 2020-2025.

No existe información fidedigna sobre la incidencia del aborto en nuestra sociedad, sin embargo se mencionan estimaciones que sobrepasan los cientos de miles. La evidencia parcial disponible de un Centro de terminación de abortos inconclusos, muestra que más del 80% de los casos se originan en la falta de uso adecuado de métodos y en embarazos indeseados, en mujeres que conviven con el marido permanente o esporádicamente y que no de-

sean tener más hijos (ORIENTAME-O.M.S, 1992). Esto es, se ha tomado la práctica abortiva como método de control natal lo cual necesita desestimularse y prevenirse mediante una mejor educación sexual y más amplia difusión y acceso de los métodos ofrecidos.

### Demanda de anticoncepción

La información sobre interrupción de embarazos coincide con el deseo manifiesto de las mujeres de no tener más hijos o de aumentar el espaciamiento entre ellos. En las encuestas de prevalencia de uso de anticonceptivos de 1980 y 1990 (E.P.A./80 y E.D.S./90) se estimó la necesidad insatisfecha de contraceptivos en 35.1 y 18.8 por ciento respectivamente, medida ésta como el porcentaje de mujeres que no deseando tener más hijos o aumentar los intervalos entre nacimientos, no hacían uso de método alguno. (Encuesta Prevalencia Anticonceptivos, 1980-EPA/80-, cálculos apartir de los cuadros 5.4 y 5.6 y EDS/90, cuadro 6.4, pág. 103). Las mujeres de las zonas rurales, con menor educación, residentes en la Costo Atlántica, en grupos extremos de edad y con menor número de hijos, presentan los mayores niveles de demanda insatisfecha por terminar su reproducción (ídem).

En 1990 la medida de la demanda insatisfecha se realizó tanto para espaciamiento como para limitación y se utilizó un acercamiento más sofisticado en su estimación. Se encontró que la demanda satisfecha fue de 81.2 por ciento y la demanda total por anticoncepción representaba el 81.4 por ciento de las mujeres en unión. Aunque el nivel de satisfacción fue relativamente elevado en 1990, para el quinquenio precedente 40 por ciento de los nacimientos no fue planeado o deseado al momento de su ocurrencia. (Encuesta Demografía y Salud, 1990, -EDS/90-, cuadro 6.7. pág. 106).

El punto relevante concierne a la fecundidad total deseada. Esta tasa "proporciona otro indicador de las aspiraciones de fecundidad si se interpreta como el número de naci-

| CUADRO 6.                                                                                                                                                 |                |           |         |       |          |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|---------|-------|----------|-------|
| Porcentaje de Usuarias Actuales Según método y Fuente de Abastecimiento.                                                                                  |                |           |         |       |          |       |
| Fuente                                                                                                                                                    | Esterilización |           | Otros " |       |          | Total |
|                                                                                                                                                           | Femenina       | Masculina | Pildora | D I U | Modernos |       |
| Año: 1978                                                                                                                                                 |                |           |         |       |          |       |
| Hospital, CS, PS *                                                                                                                                        | 45.7           | -         | 14.1    | 32.4  | 1.9      | 22.9  |
| Seguridad Social                                                                                                                                          | 9.8            | -         | 2.7     | 4.8   | 1.9      | 4.5   |
| Profamilia                                                                                                                                                | 31.8           | -         | 25.3    | 59.9  | 11.3     | 31.9  |
| Droguería                                                                                                                                                 | -              | -         | 54.7    | -     | 74.5     | 34.7  |
| Médico Privado                                                                                                                                            | 11.6           | -         | 0.5     | 1.8   | 1.9      | 3.3   |
| Otros                                                                                                                                                     | 1.2            | -         | 2.4     | 1.2   | 8.5      | 2.6   |
| Año: 1990                                                                                                                                                 |                |           |         |       |          |       |
| Hospital. CS.. PS •                                                                                                                                       | 19.0           | 0.0       | 12.5    | 38.7  | 1.2      | 19.4  |
| Seguridad Social°                                                                                                                                         | 5.0            | 4.9       | 0.9     | 4.5   | 0.1      | 3.3   |
| Pro familia                                                                                                                                               | 60.1           | 69.9      | 3.3     | 32.0  | 2.4      | 32.1  |
| Droguería                                                                                                                                                 | 0.0            | 0.0       | 73.5    | 0.5   | 77.7     | 28.6  |
| Clin. yJVIId Particu                                                                                                                                      |                |           |         |       |          |       |
| lares                                                                                                                                                     | 15.4           | 12.5      | 1.1     | 20.9  | 1.7      | 11.2  |
| Otros *                                                                                                                                                   | 0.5            | 12.7      | 8.7     | 3.4   | 16.9     | 5.5   |
| TOTAL                                                                                                                                                     | 100            | 100       | 100     | 100   | 100      | 100   |
| FUENTE: EPA/78. cuadro 7.4 y cálculos realizados a partir de EDS/90, cuadro 4.5.                                                                          |                |           |         |       |          |       |
| a) Centros y Puestos de Salud                                                                                                                             |                |           |         |       |          |       |
| Condón, vaginales e inyectables                                                                                                                           |                |           |         |       |          |       |
| Seguro Social y CAJANAL                                                                                                                                   |                |           |         |       |          |       |
| Comprende Hospitales, Clínicas y Médicos particulares                                                                                                     |                |           |         |       |          |       |
| Aerupa a las Cajas de Compensación, Otros, No responde y No sabe. En el 12.7% de las esterilizaciones masculinas * mujer no supo el sitio de realización. |                |           |         |       |          |       |

mientos que tendrían en promedio las mujeres al final del período reproductivo, si estuviesen sometidas a las tasas de fecundidad deseadas para los pasados cinco años. Para el país la tasa deseada de fecundidad fue de 2.2 contra una tasa de fecundidad total observada de 2.9 hijos, esto es, la fecundidad actual fue 32 por ciento más alta que la deseada. La diferencia fue menor en la zona urbana (19 por ciento) que en la rural (41 por ciento). En Bogotá y en la región Pacífica la diferencia estuvo alrededor de 20 por ciento y en las otras regiones entre el 30 y el 35 por ciento. Entre menor es el nivel educativo, mayor es el deseo de reducir la fecundidad: la diferencia para las mujeres sin educación es de 32 por ciento, contra 14 por ciento para las de educación superior" (E.D.S./90, pp.97 y 99). La tasa de fecundidad deseada se obtiene excluyendo del numerador

los nacimientos indeseados, esto es, suponiendo que los nacimientos indeseados fueran prevenidos. Es preciso destacar el rezago entre lo deseado de fecundidad patente en la encuesta de 1990 y las hipótesis de comportamiento de las proyecciones. La tasa total de fecundidad deseada por las mujeres en 1990 de 2.2 es la supuesta en la proyección de población para alcanzar en el quinquenio 2020-2025. La cobertura de 82.5 por ciento de MAU'S usuarias requerida para lograr tal tasa calculada según la ecuación expresada en el cuadro 4, corresponde a la demanda total por anti-concepción de 1990 de 81.4 por ciento.

Otra aproximación al logro de la tasa bruta de reproducción de reemplazo, en la cual una mujer tiene al final de su vida reproductiva una hija, puede hacerse mirando los riesgos sobre la salud de las madres y los niños. Si se excluyeran los nacimientos de madres menores de 20 años y mayores de 35, la tasa total de fecundidad en 1990 hubiera sido de 2.06 hijos, de los cuales en promedio

*Si se excluyeran los nacimientos de madres menores de 20 años y mayores de 35, la tasa total de fecundidad en 1990 hubiera sido de 2.06 hijos, de los cuales en promedio una sería mujer.*

una sería mujer. Otros escenarios podrían construirse teniendo en mente los factores de riesgo como son los intervalos entre nacimientos y la paridad, que representan un buen porcentaje del total (Cuadro 2).

### Fuentes de abastecimiento

La mezcla de métodos (Cuadro 3) muestra como se han sustituido los tradicionales por los modernos y como gana terreno la esterilización como mecanismo para terminar la reproducción en todas las regiones, zonas y niveles educativos. Estas modificaciones han introducido algún cambio en la composición de las fuentes de abastecimientos según el método utilizado. Por una parte, el Gobierno que en 1978 atendía al 27.4 por ciento de las usuarias, en 1990 cubrió el 22.7 por ciento. El complemento es realizado por Organismos no Gubernamentales y particulares. De ellos el de mayor participación en servicios es PROFAMILIA, con 32 por ciento de la cobertura, superando a las redes de Droguerías (Cuadro 6).

Al mirar el abastecimiento según el método usado, el sector Gobierno que en 1978 atendió el 55 por ciento de las esterilizaciones en 1990 solo realizó el 24 por ciento, mientras que PROFAMILIA orientó sus esfuerzos en esta dirección atendiendo el 60 por ciento de las esterilizaciones femeninas y el 70 de las vasectomías en el mismo año. En cuanto a los dispositivos intrauterinos, la atención se la reparten el Gobierno y PROFAMILIA, con el 75 por ciento actualmente, mientras que las Droguerías se constituyen en las principales proveedoras de píldoras, condones, inyectables y otros métodos modernos. Vale anotar el incremento significativo en la participación de las clínicas, médicos y otros organismos privados en el período.

La red de servicios que constituía la oferta de planificación familiar y salud en 1986 comprendía 3.648 sitios entre hospitales (636), Centros de Salud (722) y Puestos Comunitarios de Salud (2.290). Esta red con-



taba con 11.667 personas, de las cuales sólo 15 eran de tiempo completo, entre médicos (1.336), paramédicos (5.240), trabajadores de campo (5.017) y personal administrativo (74) en una relación de 386 Mujeres Unidas entre 15-44 años por miembro del staff de P.F. En 1987 PROFAMILIA notificó 3.765 trabajadores: 95 médicos, 195 paramédicos y 3495 trabajadores de distribución comunitaria (Ross et al, 1992, cuadros 28 y 29).

En 1989 los programas de distribución basados en la comunidad cubría la mayoría de la población de 750 municipios a través de cuatro mil proveedores. En 1983 y 1984 respectivamente, Profamilia reportó ventas en su programa de mercadeo social de 5.3 y 5.8 millones de dosis de píldoras; de 5.5 y 5.9 millones de condones y de 6.5 y 6.1 millones de espermicidas. Aunque fragmentaria, la información da pie para imaginar posibles escenarios sobre mezclas, ventas y mujeres que deben ser cobijadas en los programas de control natal.

### Algunas consideraciones finales

La perspectiva de duplicar el número de usuarias de métodos anticonceptivos si se

quiere disminuir los altos riesgos que atenían contra la salud de las madres y de los niños y que a su vez permitan alcanzar las metas de reducción de la fecundidad implícitas en las proyecciones de crecimiento demográfico, requiere de una serie de acciones en el corto plazo.

La necesidad de preservar y fomentar la salud de los grupos más vulnerables de población como son los niños y las madres, urge fortalecer las políticas y los programas que en el área materno infantil tiene el sector gubernamental en materia de información, educación y estímulo para la participación activa de los diferentes estamentos en el nuevo enfoque de descentralización y focalización.

Un mayor compromiso de las autoridades locales y una participación decidida de la comunidad son elementos básicos para consolidar el cambio hacia los nuevos valores sobre la reproducción responsable, que permita disminuir riesgos en la salud e incorporar tal comportamiento dentro del acervo cultural de las poblaciones. En este sentido la planificación de la fecundidad requiere de un fuerte

***Un mayor compromiso  
de las autoridades locales y  
una participación decidida  
de la comunidad son  
elementos básicos para  
consolidar el cambio hacia  
los nuevos valores sobre la  
reproducción responsable,  
que permita disminuir  
riesgos en la salud e  
incorporar tal  
comportamiento dentro del  
acervo cultural  
de las poblaciones***

componente de comunicación y consejería orientado hacia la disminución del riesgo sobre la salud en los grupos más vulnerables, como son las adolescentes, las mujeres de mayor edad y en general las de bajo nivel educativo, en las cuales el riesgo se ve incrementado por la pobreza. En los grupos de muy alto riesgo se debe hacer énfasis en la seguridad de los métodos, especialmente la esterilización, para aquellas mujeres de alta paridad y de mayor edad.

Dada la elevada exposición al riesgo de las subregiones comprendidas por los departamentos de la Costa Atlántica, (excepto el Atlántico); Tolima, Huila y Caquetá; y, Chocó, Cauca y Narifío, es recomendable que el Ministerio de Salud oriente una política de motivación y educación, que apoye centros de entrenamiento para el personal municipal en los cuales se motive y concientice de la importancia de la planificación familiar como un programa de preservación de la salud materna e infantil, dirigido a disminuir riesgos y costos económicos y sociales. Campañas comunitarias que busquen desestimar el aborto con sus riesgos implícitos y sustituirlo por la regulación de la fecundidad, vale desarrollar entre los líderes de las comunidades y con la participación activa del personal médico, paramédico y de promotoras.

La oferta de Planificación Familiar y Cuidado Reproductivo como paquete integrado puede constituir una buena estrategia y gancho de venta para incluir en los servicios prepagos de salud. Dentro del marco de la política de apertura comercial, la importación de insumos o de productos finales para la planificación reproductiva debería ser liberada de trabas, aranceles y de impuestos internos y buscar mecanismos para promover la producción nacional de ellos a costos razonables.

Sólo el sector público tiene la capacidad de ofrecer en los lugares más retirados y necesitados estos servicios, razón por la cual su orientación y coordinación con los ONG es vital en la programación en la asignación de

quiere disminuir los altos riesgos que atentan contra la salud de las madres y de los niños y que a su vez permitan alcanzar las metas de reducción de la fecundidad implícitas en las proyecciones de crecimiento demográfico, requiere de una serie de acciones en el corto plazo.

La necesidad de preservar y fomentar la salud de los grupos más vulnerables de población como son los niños y las madres, urge fortalecer las políticas y los programas que en el área materno infantil tiene el sector gubernamental en materia de información, educación y estímulo para la participación activa de los diferentes estamentos en el nuevo enfoque de descentralización y focalización.

Un mayor compromiso de las autoridades locales y una participación decidida de la comunidad son elementos básicos para consolidar el cambio hacia los nuevos valores sobre la reproducción responsable, que permita disminuir riesgos en la salud e incorporar tal comportamiento dentro del acervo cultural de las poblaciones. En este sentido la planificación de la fecundidad requiere de un fuerte

***Un mayor compromiso de las autoridades locales y una participación decidida de la comunidad son elementos básicos para consolidar el cambio hacia los nuevos valores sobre la reproducción responsable, que permita disminuir riesgos en la salud e incorporar tal comportamiento dentro del acervo cultural de las poblaciones***

componente de comunicación y consejería orientado hacia la disminución del riesgo sobre la salud en los grupos más vulnerables, como son las adolescentes, las mujeres de mayor edad y en general las de bajo nivel educativo, en las cuales el riesgo se ve incrementado por la pobreza. En los grupos de muy alto riesgo se debe hacer énfasis en la seguridad de los métodos, especialmente la esterilización, para aquellas mujeres de alta paridad y de mayor edad.

Dada la elevada exposición al riesgo de las subregiones comprendidas por los departamentos de la Costa Atlántica, (excepto el Atlántico); Tolima, Huila y Caquetá; y, Chocó, Cauca y Nariño, es recomendable que el Ministerio de Salud oriente una política de motivación y educación, que apoye centros de entrenamiento para el personal municipal en los cuales se motive y concientice de la importancia de la planificación familiar como un programa de preservación de la salud materna e infantil, dirigido a disminuir riesgos y costos económicos y sociales. Campañas comunitarias que busquen desestimular el aborto con sus riesgos implícitos y sustituirlo por la regulación de la fecundidad, vale desarrollar entre los líderes de las comunidades y con la participación activa del personal médico, paramédico y de promotoras.

La oferta de Planificación Familiar y Cuidado Reproductivo como paquete integrado puede constituir una buena estrategia y gancho de venta para incluir en los servicios prepagos de salud. Dentro del marco de la política de apertura comercial, la importación de insumos o de productos finales para la planificación reproductiva debería ser liberada de trabas, aranceles y de impuestos internos y buscar mecanismos para promover la producción nacional de ellos a costos razonables.

Sólo el sector público tiene la capacidad de ofrecer en los lugares más retirados y necesitados estos servicios, razón por la cual su orientación y coordinación con los ONG es vital en la programación en la asignación de

***La oferta de Planificación Familiar y Cuidado Reproductivo como paquete integrado puede constituir una buena estrategia y gancho de venta para incluir en los servicios prepagos de salud***

los métodos según las poblaciones objetivo, dejando a los últimos la labor en las zonas más penetradas donde la planificación familiar forme parte integral del estilo de vida de las parejas.

La declaración explícita de las políticas y metas de crecimiento demográfico, que contemple cabalmente los componentes de su dinámica: fecundidad, mortalidad y migraciones, debe ser parte integral en la formulación de planes municipales y regionales de desarrollo y en sus relaciones con los polos de desarrollo, las mallas urbanas, el uso y preservación de suelos, conservación del medio y fundamentalmente en los aspectos cualitativos de la población y del capital humano.

## BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS

- ARRIAGA, Eduardo, 1970, **Mortality decline and its demographic effects in Latin America**, Population Monograph Series #6, Berkeley, University of California.
- BAYONA, Alberto, 1977.a, **La medida de la mortalidad en Colombia. -Mortalidad y modernización-**, Pontificia, Universidad Javeriana, Facultad de Estudios Interdisciplinarios, Serie de Investigaciones #3, Bogotá, Inter 2000 Editores.
- BAYONA, Alberto, 1977.b, **"Mortalidad y condiciones sanitarias de Colombia"**, Rev. Empleo y Desempleo 2(4): 60-70, Fondo Editorial ANIF, Bogotá.
- BAYONA, Alberto, 1980, **"La relación mortalidad en la niñez-fecundidad y factores contextuales intervinientes. Un análisis de rutas causales"**, Estudios de Población V(7-12): 31-49, Asociación Colombiana para el Estudio de la Población, Bogotá.
- BAYONA, Alberto, 1985, **"Tendencias, determinantes e implicaciones de la mortalidad en Colombia"**, Boletín Socio-Económico #13:37-62, CIDSE, Universidad del Valle, Cali.
- BAYONA, Alberto, y A. Pabón, 1982, **La Mortalidad en Colombia, Vol. II: Edad, Sexo, Causas**, Imprenta del Instituto Nacional de Salud, Bogotá.
- BAYONA, Alberto, y J. Rico, 1982, **"El descenso de la fecundidad y su impacto sobre la estructura de la mortalidad en la ciudad de Cali"**, en L. H. Ochoa (Ed), Implicaciones socioeconómicas y demográficas del descenso de la fecundidad en Colombia, Monografías de la Corporación Centro Regional de Población #18: 109-151, Bogotá.
- BAYONA, Alberto, y M. Ruiz, 1982, **La Mortalidad en Colombia, Vol. I: Niveles ajustados de mortalidad por secciones del país**, Imprenta del Instituto Nacional de Salud, Bogotá.
- BAYONA, Alberto, 1991, **"Potencial de reducción de la mortalidad en el Valle"**, Rev. Coyuntura Social #4:127-146, FEDESARROLLO-SER, Bogotá.
- CORPORACIÓN CENTRO Regional de Población-Ministerio de Salud de Colombia-Institute for Resource Development

- Wesüinghouse, s.f., Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud, Colombia, 1986-, Bogotá.
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO Nacional de Estadística -DAÑE-, 1990, La Población de Colombia en **1985**, Bogotá, Imprenta del Dañe.
- DAÑE, s.f., Colombia. Proyecciones Subnacionales de Población, **1985-2000**, Bogotá, Imprenta del DAÑE
- DANE-D.N.P.-CELADE, s.f., Proyecciones Nacionales de Población, Colombia: **1950-2025**, Bogotá, Imprenta del DAÑE.
- LLANOS, G. y L. Ochoa, 1982, "El descenso de la fecundidad y su impacto sobre la estructura de la morbilidad en Cali", en Corporación Centro Regional de Población Monografía #18: 152-176, Bogotá.
- MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA-Corporación Centro Regional de Población-Westinghouse Health Systems, 1979, Encuesta Nacional de Prevalencia de Uso de Anticoncepción. Colombia, 1978. Resultados Generales, Bogotá, Fotolito García e Hijos.
- Corporación Centro Regional de Población, 1981, Segunda Encuesta de Prevalencia de Uso de Anticoncepción. Colombia, **1980**. Resultados Generales, Bogotá, Imprenta del Instituto Nacional de Salud.
- OMRAN, Abdel, 1971, "The Epidemiologic Transition: A Theory of Epidemiology of Population Change", Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. XLIX, #4, Par. 1: 509-538.
- OMRAN, Abdel, 1985, Fertility and Health -The Latin American Experience-, Washington, D.C., The Pan American Health Organization, ISBN 92 75 12000 5.
- ORIENTAME-Organización Mundial de la Salud, 1992, Embarazo Indeseado y Aborto, Bogotá, Editorial Presencia.
- ORDÓÑEZ, Myriam, 1985, La fecundidad en Colombia, **1985**. -Niveles, Diferenciales, Determinantes-, PROFAMILIA-DANE, Bogotá, Imprenta del DAÑE.
- PETERSEN, William, 1961, Population, New York, MacMillan Co.
- PRESTON, Samuel, 1975.a, "The Changing Relationship Between Mortality and Level of Economic Development", Population Studies 19 (2): 231-248.
- PRESTON, Samuel, 1975.b, "Health Programs and Population Growth", Population and Development Review 1 (2): 189-199
- PRESTON, Samuel, 1976, Mortality Patterns in National Population, Academic Press, USA.
- PRESTON, Samuel, (Editor), 1978, The Effects of Infant and Child Mortality on Fertility, Academic Press, USA.
- PROFAMILIA, 1992, Informe de Actividades de Servicio: **1991**, Boletín de Evaluación y Estadística #64, Bogotá.
- PROFAMILIA, Institute for Resource Development/Macro International Ins., 1991, Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud -Colombia **1990**-, Bogotá.
- ROSS, J., Mauldin, W.P., Green, S. y Cooke, E.R., 1992. Family Planning and Child Survival Programs. As Assesed in **1991**., The Population Council, New York, 1992.
- UNITED NATIONS POPULATION FUND, 1993, Colombia. Programme Review and Strategy Development Report, New York, U.N.P.F., ISBN: **0-89714-166-0**.