

## 7 La planificación familiar como servicio

Banco Mundial (1984). Informe sobre el Desarrollo Mundial 1984. Washington D.C.: <sup>2 y</sup> The World Bank. 147-178 pp.

Unos 85 países del mundo en desarrollo, que representan alrededor del 95% de su población, proporcionan actualmente alguna forma de apoyo público a los programas de planificación familiar. Se han hecho enormes progresos en cuanto a mejorar el acceso de las parejas a la información y los servicios, pero cabe hacer más en todos los países. La mayoría de los programas siguen sin llegar a una gran parte de los habitantes de las zonas rurales, e incluso en las ciudades y pueblos la calidad de los servicios con frecuencia es deficiente y las tasas de abandono son elevadas. En muchos países apenas se ha aprovechado el potencial del sector privado para proporcionar servicios de planificación familiar; en otros, la deficiencia de los que ofrece el sector privado puede subsanarse sólo mejorando los programas públicos. Aún quedan 27 países que no han implantado programas de planificación familiar. Casi la mitad de éstos se encuentran en África, donde los ingresos son los más bajos del mundo, el crecimiento de la población es el más rápido y los posibles beneficios de la planificación familiar pueden ser los mayores.

Además, estos beneficios no dependen de la existencia de objetivos demográficos.

- La planificación familiar mejora la salud de las madres y los hijos. La mortalidad infantil y la derivada de la maternidad podrían disminuir considerablemente en los países en desarrollo si los embarazos se espaciaran por lo menos dos años y si se evitaran los de las adolescentes y las mujeres de más de 40 años (véase el Recuadro 7.1). Las parejas que tienen acceso a los servicios de planificación familiar pueden impedir los embarazos no deseados que de otra manera quizás acaben en abortos mal hechos, con riesgo de complicaciones graves e incluso fatales. Los servicios de planificación de la familia se reconocieron como uno de los ocho componentes fundamentales de la atención primaria de salud en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud realizada en Alma-Ata en 1978.

- La planificación de la familia hace más fácil la paternidad responsable. Los padres pueden tener el número de hijos a los que pueden dar con seguridad alimentos suficientes, cuidados de la salud y educación.

- La planificación familiar aumenta las oportunidades de que disponen las personas, lo que constituye una finalidad fundamental del desarrollo económico y social. Esto es especialmente cierto para las mujeres, que a menudo están atrapadas en un círculo vicioso en el que tener demasiados hijos significa muy pocas oportunidades para otro tipo de actividades, y viceversa. Al per-

CUADRO 7.1

**Porcentaje de las mujeres de 15 a 49 años actualmente casadas que utilizan anticonceptivos, por regiones y países seleccionados**

Regiones y países	Total	Zonas urbanas	Zonas rurales
<b>África al Sur del Sahara</b>	(6) <sup>a</sup>		
Costa de Marfil (1980-81)	3	4	2
Kenya (1977-78) <sup>b</sup>	7	12	6
<b>Oriente Medio y Norte de África</b>	(22) <sup>a</sup>		
Egipto, Rep. Árabe de (1980)	24	40	17
Siria (1978)	20	34	5
<b>Asia Oriental</b>	(65) <sup>a</sup>		
Filipinas (1978)	36	42	31
Tailandia (1981)	57	64	55
<b>América Latina y el Caribe</b>	(40) <sup>a</sup>		
Colombia (1980)	49	54	37
México (1979)	39	51	27
<b>Asia Meridional</b>	(25) <sup>a</sup>		
Bangladesh (1983-84)	19	36	17
Sri Lanka (1982)	55	57	54

<sup>a</sup> Véase: Las cifras se basan en encuestas recientes, excepto las correspondientes a la India e Indonesia, que se basan en estadísticas recientes de los programas.

<sup>a</sup> El promedio está ponderado por la población, con respecto a todos los países de la región donde se han realizado encuestas recientes.

<sup>b</sup> Mujeres no solteras de 15 a 50 años de edad.

Fuente: Indicadores del desarrollo mundial, Cuadro 20.

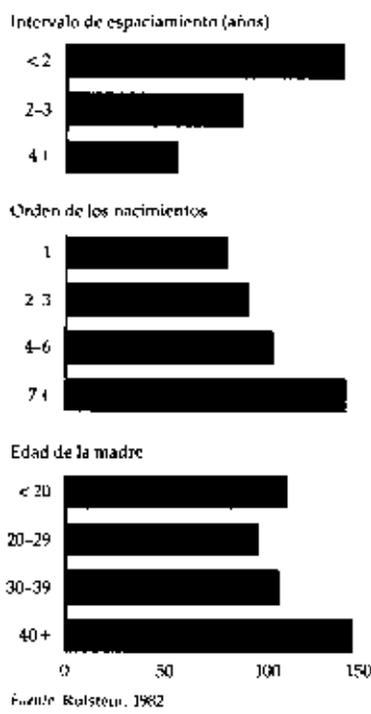
## Recuadro 7.1 La planificación de la familia para fines de salud

La maternidad temprana y los partos frecuentes contribuyen apreciablemente a enfermedades y muertes de los niños desde su nacimiento hasta los cuatro años y de las madres en los países en desarrollo. Los programas de planificación familiar pueden tratar estos problemas a través de cuatro mecanismos principales:

- Prolongando el intervalo entre los embarazos (espaciamiento de los nacimientos). El intervalo entre los embarazos es un factor importante para la supervivencia tanto del recién nacido como de su hermano o hermana mayor. Los menores de un año y los niños de uno a cuatro años que están más expuestos a morir son los que nacen con menos de dos años de diferencia (véase el primer gráfico). Esta relación se mantiene incluso cuando se considera el orden de los nacimientos, la edad y educación de la madre, la residencia urbana o rural y el sexo del niño.

Hay dos explicaciones principales de la relación entre mortalidad y espaciamiento. La primera es que el hijo menor y el que le sigue en edad deben competir por los recursos de la familia y la atención de la madre. Cuando una mujer queda embarazada de nuevo poco tiempo después de dar a luz, el niño puede ser destetado prematuramente, aumentando el riesgo de que sufra de malnutrición, infecciones gastrointestinales, diarrea y otras enfermedades. En segundo término, un embarazo, un período de lactancia y luego otro

Mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos, Perú



embarazo en rápida sucesión debilitan a la madre y tienen relación con el bajo peso del recién nacido. Un estudio en 25 países en desarrollo indicó que si los nacimientos se espaciaron de dos a seis años, la mortalidad infantil disminuiría como promedio en 10% y la mortalidad en la niñez en 16%. En Pakistán, la mortalidad infantil (actualmente de 140 por

1.000) se reduciría un 30% si todos los espaciamientos de menos de 36 meses pudieran prolongarse a 36 y 47 meses.

- Evitando los nacimientos en mujeres de menos de 20 y de más de 34 años de edad. En estos grupos, las mujeres que quedan embarazadas corren un mayor riesgo de enfermedad y de muerte, tanto para ellas como para los hijos. La mortalidad infantil y la derivada de la maternidad registran sus tasas más altas entre las madres adolescentes. Por ejemplo, en Pakistán los nacidos de madres adolescentes tienen un 50% más de probabilidades de morir que los de madres que tienen entre 20 y 29 años; en Perú, las probabilidades son un 15% mayores. A mediados del decenio de 1970 se registraron 860 muertes derivadas de la maternidad por cada 100 000 nacidos vivos de madres adolescentes en Matlab Thana (Bangladesh), en comparación con 450 en el caso de las mujeres entre los 20 y los 29 años (véase el segundo gráfico). Parte de la explicación de estos contrastes es el hecho de que las madres adolescentes tal vez no estén físicamente lo suficientemente maduras para un embarazo sin peligro; además, en su mayoría esos partos son los primeros, que a menudo conllevan un riesgo más alto de mortalidad infantil y derivada de la maternidad. En cuanto a las madres de más de 35 años, sus hijos corren un mayor riesgo de nacer con defectos congénitos, como el síndrome de Down, la fisura del paladar y enfermedades del corazón. La mortalidad infantil

mitir a las mujeres controlar su fecundidad, la planificación familiar las libera para educarse mejor y para aumentar su propia contribución y la de sus hijos al proceso de desarrollo.

- La planificación familiar ofrece los mayores beneficios en potencia a los más pobres, cuyas tasas de mortalidad y fecundidad suelen ser las más altas de cualquier grupo.

Por todas estas razones, los programas en apoyo de la planificación familiar merecen una función fundamental en las estrategias sociales y económicas de los gobiernos en todo el mundo en desarrollo. Si los programas se diseñan bien, no tienen

por qué ser especialmente costosos. Pero la falta de financiamiento es una de las razones por las cuales la planificación familiar se descuida en algunos países y en otros progresa sólo lentamente. Los donantes de ayuda tienen una contribución importante que hacer para asegurar que los programas de planificación familiar reciban los recursos financieros que requieren para ser eficaces.

### La utilización de métodos anticonceptivos

Las encuestas de mujeres casadas en edad de procrear (15 a 49 años) muestran amplias variaciones

**Mortalidad derivada de la maternidad por cada 100.000 nacidos vivos, Matlab, Bangladesh**



Fuente: Chen y otros autores, 1974.

y la derivada de la maternidad también aumentan cuando las madres tienen esa edad o más de cuarenta años.

Dado que la mayoría de los nacimientos corresponden en todo caso a mujeres en el grupo de edad de 20 a 34 años, limitar todos los nacimientos a ese grupo tendría sólo un efecto pequeño en las tasas generales de mortalidad infantil y en la niñez. Por ejemplo, ambas tasas disminuirían en sólo 2% a 6% en Filipinas, Indonesia y Pakistán. El efecto en la mortalidad derivada de la maternidad es potencialmente mayor, en un estudio realizado a mediados del decenio de 1970

se estimó que ésta se reduciría en 24% en Filipinas, 23% en Colombia y Francia, y 19% en México, Tailandia, Venezuela y Estados Unidos. El efecto en la salud de las madres y los hijos no se ha calculado, pero ciertamente sería mayor que en la mortalidad.

• Haciendo posible que las parejas tengan menos hijos. Según el país, el riesgo de la mortalidad infantil y la derivada de la maternidad aumenta rápidamente después del tercero, el cuarto o el quinto hijo. Por ejemplo, en El Salvador la mortalidad infantil para el quinto hijo y los siguientes es más del doble de la que corresponde al segundo y el tercer hijo. En Matlab Thana (Bangladesh), la mortalidad derivada de la maternidad es de cerca de 250 por cada 100.000 nacidos vivos para el segundo y el tercer hijo, pero es de unos 450 por 100.000 en el caso del cuarto y el quinto nacimiento. Estas relaciones son válidas incluso cuando se consideran las diferencias en la edad de las madres. Si se impidieran todos los nacimientos del cuarto hijo y los que siguen, la mortalidad infantil disminuiría entre 5% y 11% en Filipinas, Indonesia, Pakistán y Sri Lanka.

• Impidiendo las enfermedades y muertes como resultado de abortos peligrosos. El aborto es extremadamente seguro cuando tiene lugar en los tres primeros meses del embarazo y lo practica personal capacitado en condiciones sanitarias. Pero en la mayoría de los países en desarrollo el procedimiento es ilegal y, por consiguiente, lo más probable es que

sea autoinducido o realizado en forma no higiénica por personal no capacitado. Estos abortos conllevan una alta incidencia de complicaciones, como aborto incompleto, hemorragia pélvica, laceraciones del cuello del útero, perforaciones del útero y tétanos. Estas complicaciones pueden requerir hospitalización y hacer peligrar la fecundidad de la madre, en los peores casos, pueden provocarle la muerte.

Toda vez que el aborto es ilegal en muchos países, resulta difícil estimar el número de mujeres afectadas. En 24 países en el periodo de 1970-78, las complicaciones derivadas de abortos se mencionaron como una causa en el 6% al 46% de todos los casos de muertes registradas relacionadas con la maternidad. Informaciones dispersas procedentes de África indican que las admisiones en hospitales a causa de complicaciones después de abortos inducidos están aumentando y que un número desproporcionado de admisiones corresponde a adolescentes. La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) estimó a fines de los años setenta que anualmente mueren 84.000 mujeres por complicaciones derivadas de abortos en 65 países en desarrollo. El suministro de anticonceptivos seguros, eficaces y convenientes podría evitar muchos embarazos no deseados que terminan en abortos.

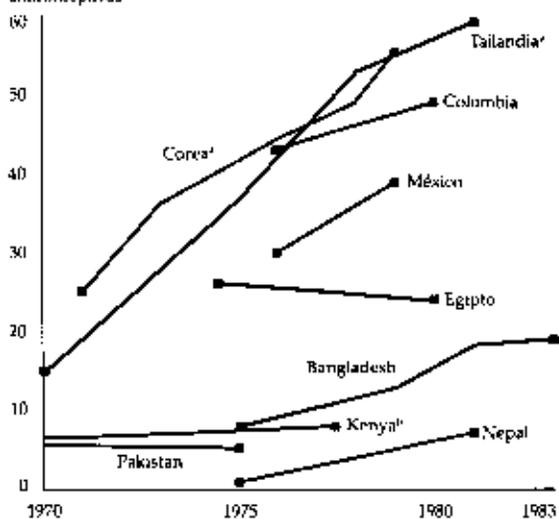
en cuanto a la utilización de anticonceptivos entre las distintas regiones en desarrollo (véase el Cuadro 7.1). En Asia Oriental, casi dos terceras partes de las mujeres casadas en ese grupo de edad usan algún tipo de anticonceptivo; en China, Hong Kong y Singapur, la proporción es de 70% ó más, es decir, tan alta como en los Estados Unidos y Europa Occidental. América Latina ha llegado a cerca del 40%, en tanto que la proporción en el Oriente Medio y en Asia Meridional es de sólo alrededor de 25%. El uso de anticonceptivos más bajo se encuentra en África al Sur del Sahara —menos del 10% de las mujeres casadas— y esta

estimación excluye muchos países donde su empleo es insignificante pero no se dispone de datos.

La utilización de anticonceptivos varía enormemente también dentro de los países. En la mayoría, una proporción más elevada de parejas urbanas que rurales emplea anticonceptivos; la distinción es especialmente marcada en Siria, donde el 34% de las mujeres de zonas urbanas utilizaba anticonceptivos en 1978, frente a sólo el 5% de las que viven en zonas rurales. En Costa de Marfil, Kenya y México, el empleo de anticonceptivos en las zonas rurales equivale a aproximadamente la

**FIGURA 7.1**  
**Tendencias del uso de anticonceptivos en 1970-83,**  
**países seleccionados**

Porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años que utilizan anticonceptivos



a. Esposa entre 15 y 44 años  
 b. Mujeres no solteras.

Fuentes: Para Egipto, Kenya y Pakistan, Naciones Unidas, 1983, para otros países, datos de la EPA y la EMF

mitad de la proporción en las zonas urbanas, y en Egipto es inferior a un tercio. Las diferencias regionales también son considerables: en Indonesia, en 1983 el uso de anticonceptivos variaba del 53% de las parejas en las islas de Java y Bali a sólo el 16% en algunas de las otras islas. En los estados de Maharashtra y Gujarat, en la India, el 35% de las parejas utilizaba anticonceptivos en 1981-82, en comparación con sólo el 11% en los estados de Uttar Pradesh y Jammu y Cachemira.

Entre los países sobre los cuales se dispone de estimaciones de más de una encuesta, el empleo de anticonceptivos ha aumentado más rápidamente en Asia Oriental y América Latina (véase la Figura 7.1). En Tailandia, por ejemplo, la proporción de mujeres casadas entre los 15 y los 44 años que utilizaban anticonceptivos se elevó de 15% en 1970 —el año en que se inició el programa oficial de planificación familiar— a 59% en 1981. El progreso en Asia Meridional ha sido más lento: el empleo de anticonceptivos aumentó anualmente en cerca del 1% de las parejas al año en Nepal, más rápidamente en Bangladesh, pero cero en Pakistán. En Egipto y Kenya, no ha habido variaciones, a pesar de programas públicos establecidos desde hace mucho tiempo.

Es posible que estas estimaciones basadas en datos de encuestas subestimen el empleo de anticonceptivos, ya que no incluyen el uso entre las mujeres y los hombres solteros y a veces excluyen el de las parejas en uniones irregulares. También puede haber información incompleta de algunas mujeres acerca del uso de anticonceptivos del marido, y algunos entrevistados pueden ser reacios a admitir que practican la anticoncepción. Al mismo tiempo, estas cifras pueden exagerar el número de las personas protegidas por anticonceptivos, porque no todas las parejas que emplean un método están igualmente a salvo del riesgo de embarazo. Algunas utilizan métodos "eficaces", como la esterilización, anticonceptivos orales (la píldora), dispositivos intrauterinos (DIU), anticonceptivos inyectables, preservativos, espumas espermicidas y diafragmas. Pero otras utilizan métodos menos eficaces, como duchas vaginales, continencia periódica y coito interrumpido, o practican la abstinencia (véase el Recuadro 7.2). En Perú, de los que practican la continencia periódica o el coito interrumpido, el 53% tuvo un embarazo no deseado a los tres años después de un nacimiento, en comparación con sólo el 29% de las mujeres que utilizaban la píldora, el DIU o anticonceptivos inyectables. La encuesta sobre fecundidad en Filipinas realizada en 1978 encontró que el 36% de las mujeres casadas en edad de procrear utilizaba algún método, pero sólo el 16% utilizaba uno eficaz. Por contraste, en la República Dominicana en 1975, el empleo de anticonceptivos era de 32% para todos los métodos y de 26% para los eficaces.

Los anticonceptivos no son el único método de control de la natalidad. El aborto inducido está generalizado, incluso allí donde es ilegal. Es posible que haya entre 30 millones y 50 millones de abortos inducidos anualmente en todo el mundo; esta amplia variación en las cifras se debe a la incertidumbre acerca del número de abortos ilegales practicados. Estos conllevan un elevado riesgo de complicaciones y muerte, y pueden afectar a la fecundidad en el futuro. En muchos países en desarrollo el aborto es ilegal en cualquier circunstancia o se permite solamente para salvar la vida de la madre; China e India son las principales excepciones. En otros lugares el aborto legal es un método importante de control de la natalidad, por ejemplo, en Cuba, la República de Corea, Japón, la Unión Soviética y Europa Oriental. Las tasas de aborto legal por cada 1.000 mujeres en edad de procrear varían desde 11 en Canadá (1981) y 25 en los Estados Unidos (1980) a 84 en Japón (1975) y 88 en Rumania (1979). El recurrir al aborto, tanto legal

## Recuadro 7.2 La tecnología de la planificación de la natalidad

A lo largo de la historia se han practicado diversos métodos de control de la natalidad —la abstinencia, el aborto, la lactancia prolongada y el coito interrumpido—, pero con eficacia incierta y perjuicios psicológicos y para la salud. Las investigaciones sobre anticonceptivos realizadas en los últimos 30 años han hecho posible una variedad mucho mayor de métodos más eficaces. Los anticonceptivos orales de estrógeno y progestina combinados (la píldora) y varios dispositivos intrauterinos (DIU) fueron los primeros avances importantes a fines de los años cincuenta y principios de los sesenta. Desde entonces se han descubierto otros métodos: anticonceptivos inyectables que son eficaces durante dos a tres meses; DIU más eficaces con cobre y que liberan hormonas; regulación menstrual (aspiración uterina en el plazo de 7 a 14 días de un retraso de la menstruación); esterilización masculina; esterilización femenina simplificada mediante laparoscopia y minilaparotomía, píldoras de estrógeno bajo con menos efectos secundarios, y una "mimpíldora" hecha solo de progestina. Los métodos de barrera, como los preservativos, el diafragma y los espermicidas también se han mejorado.

En 1980, los métodos de control de la natalidad más corrientemente utilizados en todo el mundo eran la esterilización y la píldora. En los países desarrollados, la píldora es el método más utilizado, pero la esterilización ha ganado popularidad en los Estados Unidos y Gran Bretaña, donde representa cerca de una cuarta parte de la práctica total de la anticoncepción entre las parejas casadas en edad de procrear. Las principales excepciones a esta regla son España, Italia y los países de Europa Oriental (a excepción de Hungría) donde el coito interrumpido, la continencia periódica o la abstinencia siguen siendo los métodos prevalentes.

En cuanto a los países en desarrollo, la esterilización es el método moderno más corriente en Bangladesh, Corea (Rep. de), El Salvador, India, Nepal, Pakistán, Panamá, Sri Lanka, Tailandia y Tunes. La píldora es el método más utilizado en Egipto, Jordania, Siria, gran parte de

América Latina, Malasia e Indonesia. Los anticonceptivos inyectables se usan ampliamente en Jamaica (11% de las mujeres participantes), Tailandia (7%), Trinidad y Tabago (5%) y México (3%); la utilización de este método es conveniente para las mujeres que viven en zonas rurales y, a diferencia de la píldora, no interfiere con la lactancia. Tanto la Organización Mundial de la Salud como la IPPF han aprobado los anticonceptivos inyectables, que son legales en más de cien países, pero su más amplio uso en los países en desarrollo está en parte restringido por la limitada disponibilidad del método. Los Estados Unidos, que son el principal donante de anticonceptivos en el mundo, no pueden donar inyectables debido a que las normas del país en materia de asistencia prohíben el suministro de medicamentos que no están aprobados para el uso interno.

No obstante la mayor variedad de métodos anticonceptivos ahora disponibles, todos presentan deficiencias:

- **Eficacia.** En condiciones ideales de estudios controlados en los países en desarrollo, los métodos existentes pueden ser sumamente eficaces para impedir el embarazo: casi el 100% en el caso de la esterilización, la píldora y los anticonceptivos inyectables; el 98% para el DIU, y hasta el 97% para los preservativos y el diafragma después de un año de uso. Pero fuera de estos estudios controlados, algunos métodos pueden ser significativamente menos eficaces debido al empleo incorrecto o irregular. De cada 100 parejas en los Estados Unidos, una de las que utilizan la píldora, más de dos de las que emplean el DIU, 12 de las que usan preservativos o diafragmas y 20 de las que practican la continencia periódica tendrán un embarazo en el plazo de un año. En Filipinas, de cada 100 mujeres, más de tres de las que utilizan el DIU o la píldora y 33 de las que siguen el método de la continencia periódica quedarán embarazadas dentro de un año. La motivación de las parejas para impedir el embarazo desempeña una función importante en la eficacia de los anticonceptivos. Es probable que las parejas que no desean más hijos utilicen los métodos

en forma más eficaz que las que están espaciando los nacimientos.

- **Efectos secundarios.** Los efectos secundarios físicos son una razón importante por la cual las personas cambian de anticonceptivos, o dejan de utilizarlos. En el caso de la utilización prolongada de algunos métodos, se desconocen los riesgos a largo plazo para la salud. Métodos como el DIU y los anticonceptivos inyectables, que alteran los flujos menstruales (con manchados entre menstruaciones, mayor o menor flujo o amenorrea), pueden ser inaceptables culturalmente o restringir las actividades de las usuarias.

- **Inconveniencia.** Los métodos de barrera (preservativos, diafragma, espermicidas) tienen que utilizarse cada vez que las parejas tienen relaciones sexuales. En las unidades familiares de los países en desarrollo es difícil guardar las píldoras y los diafragmas, como también eliminar los preservativos.

- **Reversibilidad.** La esterilización es sumamente eficaz, pero rara vez reversible. Los anticonceptivos inyectables son totalmente reversibles, pero demoran la vuelta a la fecundidad en varios meses.

- **Aceptabilidad.** Para algunas parejas, el aborto y la esterilización son inaceptables por motivos religiosos o culturales; algunas personas pueden considerar aceptables sólo la abstinencia o la continencia periódica.

- **Entrega.** La esterilización (de hombres y mujeres) requiere personal médico o paramédico calificado, que a menudo es escaso en los países en desarrollo. El DIU, los inyectables y la píldora precisan servicios médicos para el tratamiento de complicaciones y efectos secundarios. Los programas que fomentan el empleo de preservativos, píldoras y espumas espermicidas necesitan una buena red de centros de distribución.

No hay ningún método anticonceptivo que sea apropiado para las necesidades de todas las personas, ni ninguna que sea completamente segura, reversible, eficaz y conveniente. Tampoco es probable que se invente el método "ideal" en

(continúa al dorso)

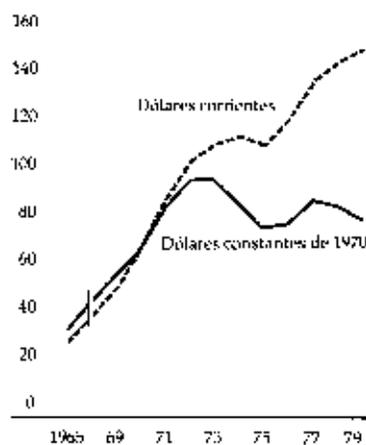
## Recuadro 7.2 (continuación)

los próximos 20 años. Los programas de planificación de la familia tendrán que depender de una combinación de los métodos existentes y otros nuevos cuyo desarrollo está ya bastante avanzado.

Las investigaciones se centran en dos ámbitos: mejorar la seguridad, conveniencia y duración de los métodos existentes, como el DIU, la píldora, los anticonceptivos inyectables y los métodos de barrera para las mujeres, y encontrar nuevos métodos, como una píldora mensual para inducir la menstruación, implantes hormonales para las mujeres de larga duración y biológicamente degradables; esterilización química no quirúrgica para hombres y mujeres, una "píldora" masculina, y una vacuna anti-embarazo para las mujeres. Puede que algunos de estos nuevos métodos —como el implante hormonal (en el brazo), mejores DIU, la esponja vaginal, el capuchón cervical y los diafragmas que liberan espermicidas— estén disponibles en el futuro cercano. Otros, como los nuevos métodos masculinos y la vacuna

### Gastos mundiales en investigaciones sobre procreación y desarrollo de anticonceptivos, 1965-79

Millones de dólares



Fuente: Atkinson y otros autores, 1980.

antiembarazo, requieren mucha más investigación y no es probable que se comercialicen antes de fines de este siglo.

En comparación con los últimos dere-

chos, el ritmo del desarrollo tecnológico está disminuyendo. El financiamiento mundial para investigaciones relacionadas con la anticoncepción ascendió a \$155 millones en 1979, pero ha venido disminuyendo en términos reales desde 1972-73 (véase el gráfico). Cerca del 30% del total se destina al desarrollo de anticonceptivos y a estudios de seguridad, y el resto a capacitación e investigaciones básicas sobre procreación humana. Un 72% del total se gastó en los Estados Unidos y más del 80% del total fue financiado por el sector público. La participación de la industria se ha contraído de 32% en 1965 a menos de una décima parte. Los requisitos de ensayos y reglamentación especiales, combinados con los problemas de la responsabilidad civil por los productos, han prolongado el período entre el desarrollo de éstos y su comercialización, han aumentado el costo de descubrir productos nuevos y han hecho que la rentabilidad futura de la investigación sea más incierta para las empresas privadas.

como ilegal, a menudo es resultado de falta de información acerca de métodos anticonceptivos seguros y eficaces y dificultad de acceso a los mismos.

### Necesidad insatisfecha

En las encuestas de las cuales se han derivado los datos sobre la utilización de anticonceptivos se preguntó también a las mujeres si deseaban tener más hijos. Entre el 40% y el 75% de las mujeres casadas en edad de procrear en los países de Asia Oriental y Meridional y de América Latina y el Caribe no desean más hijos. En unos pocos países también se les preguntó si querían postergar su próximo embarazo un año o más. El 19% de las mujeres en edad de procrear en Bangladesh y Tailandia, el 25% en El Salvador y el 32% en Guatemala contestaron afirmativamente. En los países donde se hicieron ambas preguntas, entre el 50% y el 90% de las mujeres desean limitar o espaciar los nacimientos.

En prácticamente todos los países estudiados, el

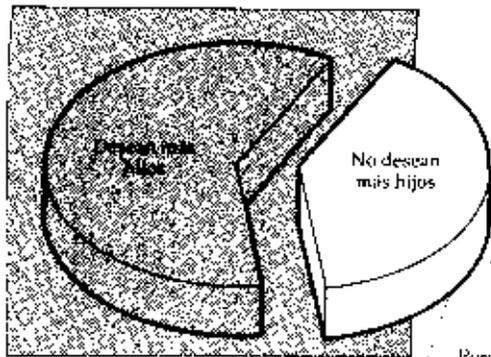
número de mujeres en edad de procrear que no quieren más hijos sobrepasa al número de las que utilizan algún tipo de anticonceptivo. Algunas de las mujeres que no quieren más hijos o que desean aplazar un embarazo no utilizan ningún método porque actualmente están embarazadas o han estado amamantando menos de un año, y por consiguiente, tienen alguna protección (aunque no total). Otras no pueden concebir o sus maridos están ausentes. Estas mujeres no están "expuestas" al riesgo de quedar embarazadas, de manera que no necesitan anticonceptivos, al menos no en forma inmediata.

El resto de las mujeres —las que desearían espaciar o limitar los nacimientos, que no están usando anticonceptivos y que están expuestas al riesgo de embarazo— se dice que tienen una "necesidad insatisfecha" de anticonceptivos. Según esta definición, entre un 6% y un 12% de las mujeres en edad de procrear en Egipto, Filipinas y Kenya tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos para limitar los nacimientos (véase la Figura 7.2, estimación baja). En Bangladesh, la República

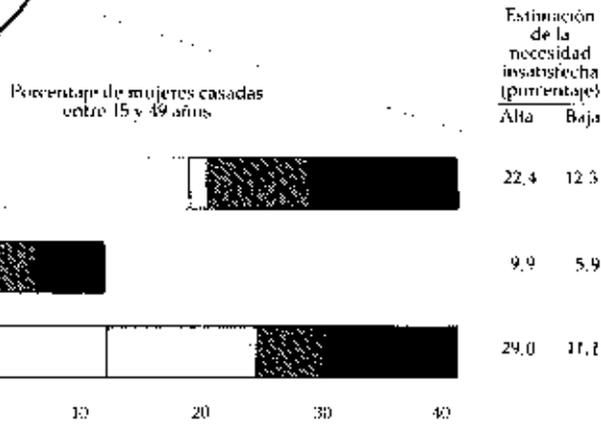
FIGURA 7.2

Uso de anticonceptivos y necesidad insatisfecha de anticoncepción, países seleccionados, 1977-81

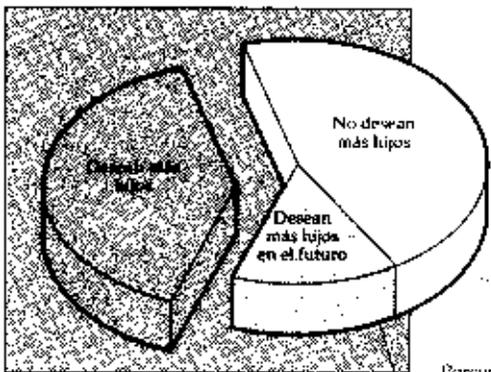
Necesidad insatisfecha de limitar los nacimientos



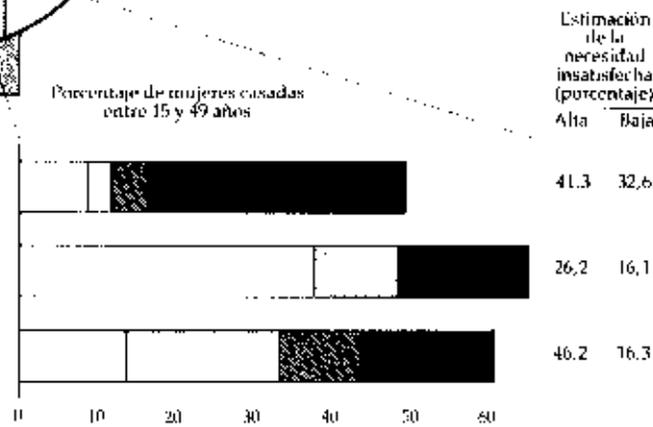
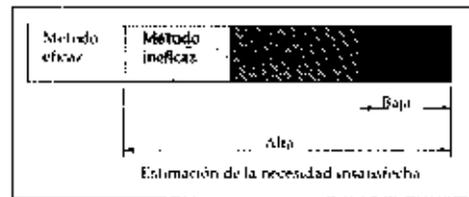
Los gráficos de esta página muestran la necesidad insatisfecha de anticonceptivos entre las mujeres casadas de 15 a 49 años de edad. En los gráficos circular y de barras superiores se muestra la necesidad insatisfecha de limitar los nacimientos entre las mujeres que no desean más hijos. En los gráficos circular y de barras inferiores se muestra la necesidad insatisfecha de las mujeres que no desean más hijos o que desean aplazar un nacimiento. En cada caso, la estimación baja de la necesidad insatisfecha es el porcentaje de las mujeres que no utilizan anticonceptivos. La estimación alta corresponde al porcentaje de las que emplean un método ineficaz (coito interrumpido, continencia periódica y otros similares), están lactando (dentro del año de un nacimiento) o no usan ningún método.



Necesidad insatisfecha de limitar y espaciar los nacimientos



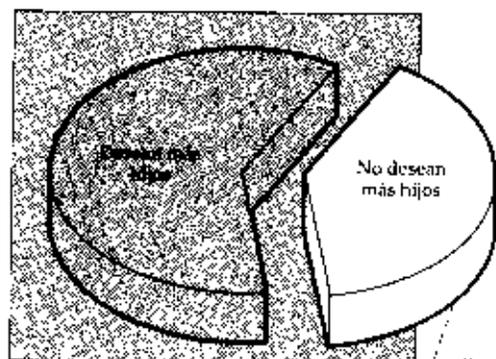
Clave



Faure, 1994 b

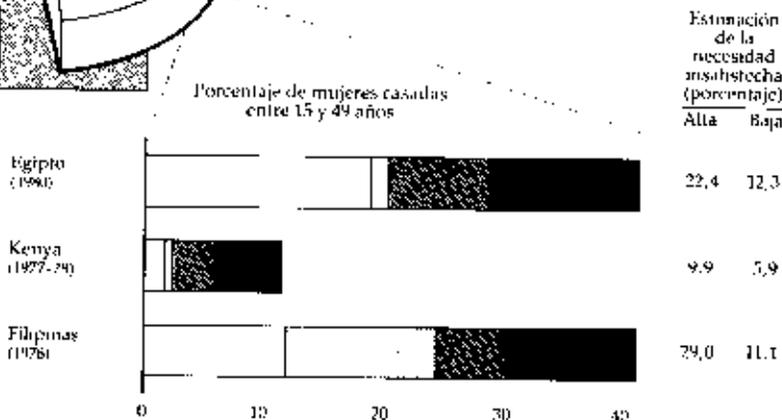
Uso de anticonceptivos y necesidad insatisfecha de anticoncepción, países seleccionados, 1977-81

**Necesidad insatisfecha de limitar los nacimientos**

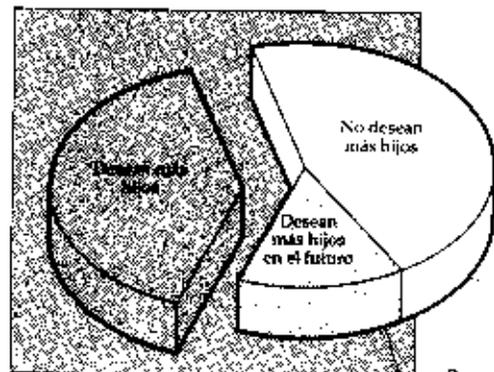


Los gráficos de esta página muestran la necesidad insatisfecha de anticonceptivos entre las mujeres casadas de 15 a 49 años de edad. En los gráficos circular y de barras superiores se muestra la necesidad insatisfecha de limitar los nacimientos entre las mujeres que no desean más hijos. En los gráficos circular y de barras inferiores se muestra la necesidad insatisfecha de las mujeres que no desean más hijos o que desean aplazar un nacimiento. En cada caso, la estimación baja de la necesidad insatisfecha es el porcentaje de las mujeres que no utilizan anticonceptivos. La estimación alta corresponde al porcentaje de las que emplean un método ineficaz (coito interrumpido, continencia periódica y otros similares), están lactando (dentro del año de un nacimiento) o no usan ningún método.

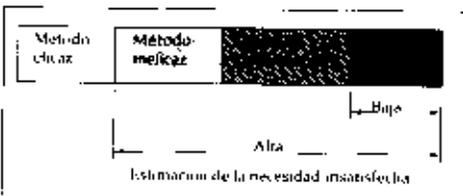
Porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años



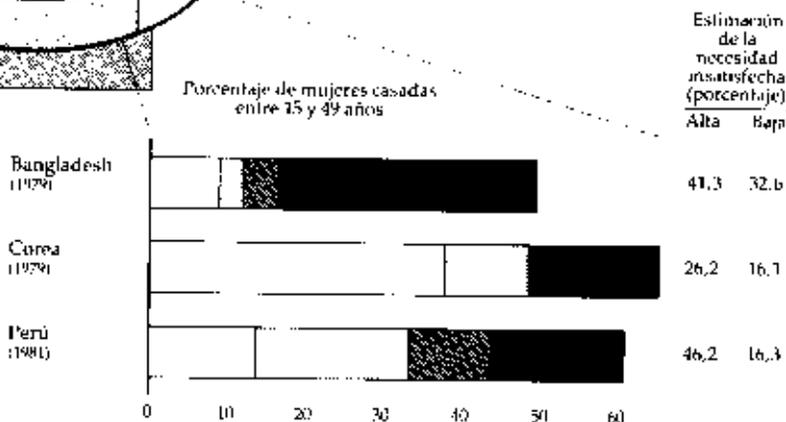
**Necesidad insatisfecha de limitar y espaciar los nacimientos**



**Clave**



Porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años



Lowy, Boulter, 1984 b.

de Corea y Perú, donde se hicieron las preguntas respecto a limitar y espaciar los nacimientos, del 16% al 33% de las mujeres en edad de procrear tienen necesidad insatisfecha de utilizar anticonceptivos. Si se considera que las madres lactantes y las mujeres que utilizan métodos ineficaces de anticoncepción tienen también una necesidad insatisfecha, más del 40% de las mujeres de Bangladesh y Perú se encuentran en esa situación en cuanto a su deseo de limitar y espaciar los nacimientos, y el 22% de las mujeres de Egipto, el 10% de las de Kenya y el 29% de las de Filipinas tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos sólo para limitar los nacimientos (Figura 7.2, estimación alta). Las estimaciones correspondientes a otros países aparecen en el Cuadro 3 del Suplemento de datos demográficos.

Estos cálculos altos y bajos de la necesidad insatisfecha proporcionan estimaciones aproximadas, debido a las preferencias existentes en cuanto al tamaño de la familia y a las posibilidades de utilización adicional de anticonceptivos. Sin embargo, algunos analistas han puesto en duda la validez de las estimaciones que se basan en las respuestas de las mujeres casadas a las preguntas de las encuestas (véase el Recuadro 7.3). Otros han observado que incluso las mujeres que están embarazadas pueden haber tenido una necesidad insatisfecha en el pasado que dio como resultado un embarazo no planeado, y que estas mujeres pueden necesitar anticonceptivos en el futuro cercano. Tampoco estas encuestas incluyen la necesidad insatisfecha entre las personas solteras. Evidentemente, la utilización de anticonceptivos depende no sólo de la accesibilidad y el costo, sino también de la intensidad con que una pareja desea evitar un nacimiento. Este factor es difícil de medir en las encuestas. Es discutible el que la necesidad insatisfecha pueda alguna vez satisfacerse completamente, pero en los Estados Unidos, donde se dispone ampliamente de anticonceptivos, la necesidad insatisfecha de limitar los nacimientos se estimó en sólo 4% a 8% de las mujeres casadas en edad de procrear en 1976.

El concepto de la necesidad insatisfecha no es estático. Esta puede disminuir a medida que más personas tienen acceso a los anticonceptivos o que cambia la índole de los servicios, y puede aumentar a medida que las personas desean menos hijos, o cuando la mejor disponibilidad de servicios despierta el interés en regular la fecundidad con rapidez mayor que la que los nuevos servicios pueden atender. Quizás muchas mujeres que declaran desear más hijos serían posibles usuarias si se les

ofreciera la posibilidad de planificar los nacimientos. En cierta medida, los programas de planificación familiar hacen algo más que simplemente satisfacer una necesidad; en realidad, primero generan y después satisfacen esa necesidad. En este sentido la "demanda" de servicios anticonceptivos no se mide fácilmente, y es en parte una función de su suministro.

En la mayoría de los países, es menos probable que las mujeres de las zonas rurales y con menor nivel de educación deseen detener la procreación que las mujeres de centros urbanos y con más educación. Pero entre las primeras, es menos probable que las que si desean dejar de procrear practiquen la anticoncepción, al contrario que sus contrapartes instruidas de las ciudades. El gobierno desempeña una función fundamental en la disminución de estas diferencias, en especial entre las zonas urbanas y las rurales (véase el Cuadro 7.2). En Colombia y la República de Corea, que tienen programas vigorosos de planificación familiar, la probabilidad de que las mujeres que no desean más hijos estén practicando la anticoncepción es igual en las zonas rurales y en los centros urbanos. En Kenya, Nepal y Pakistán, que tienen programas más débiles, el contraste entre zonas rurales y urbanas es mucho mayor.

#### *Razones para no utilizar anticonceptivos*

Las parejas que desean planificar sus familias enfrentan determinados costos, de carácter financiero, psicológico, médico y relacionados con el tiempo. Si éstos exceden a los costos netos de tener más hijos, las parejas no regularán su fecundidad, aun cuando idealmente preferirían aplazar o impedir un embarazo. Entre los costos de la anticoncepción para las personas se cuentan los siguientes:

- Información: el esfuerzo de averiguar dónde obtener los anticonceptivos y cómo utilizarlos adecuadamente. En Kenya, el 58% de las mujeres casadas entre los 15 y los 49 años que están expuestas al riesgo del embarazo no saben dónde pueden obtener anticonceptivos modernos; en México la proporción es un 47%.

- Tiempo de viaje y de espera: el dinero y el tiempo necesarios para ir y volver de una tienda o clínica y obtener servicios de planificación familiar. El tiempo medio de espera es de hasta tres horas en los hospitales y en clínicas de planificación familiar de El Salvador. Los programas de Bangladesh, India y Sri Lanka compensan a los que se someten a esterilización por los gastos de transporte y los salarios no ganados.

de Corea y Perú, donde se hicieron las preguntas respecto a limitar y espaciar los nacimientos, del 16% al 33% de las mujeres en edad de procrear tienen necesidad insatisfecha de utilizar anticonceptivos. Si se considera que las madres lactantes y las mujeres que utilizan métodos ineficaces de anticoncepción tienen también una necesidad insatisfecha, más del 40% de las mujeres de Bangladesh y Perú se encuentran en esa situación en cuanto a su deseo de limitar y espaciar los nacimientos, y el 22% de las mujeres de Egipto, el 10% de las de Kenya y el 29% de las de Filipinas tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos sólo para limitar los nacimientos (Figura 7.2, estimación alta). Las estimaciones correspondientes a otros países aparecen en el Cuadro 3 del Suplemento de datos demográficos.

Estos cálculos altos y bajos de la necesidad insatisfecha proporcionan estimaciones aproximadas, debido a las preferencias existentes en cuanto al tamaño de la familia y a las posibilidades de utilización adicional de anticonceptivos. Sin embargo, algunos analistas han puesto en duda la validez de las estimaciones que se basan en las respuestas de las mujeres casadas a las preguntas de las encuestas (véase el Recuadro 7.3). Otros han observado que incluso las mujeres que están embarazadas pueden haber tenido una necesidad insatisfecha en el pasado que dio como resultado un embarazo no planeado, y que estas mujeres pueden necesitar anticonceptivos en el futuro cercano. Tampoco estas encuestas incluyen la necesidad insatisfecha entre las personas solteras. Evidentemente, la utilización de anticonceptivos depende no sólo de la accesibilidad y el costo, sino también de la intensidad con que una pareja desea evitar un nacimiento. Este factor es difícil de medir en las encuestas. Es discutible el que la necesidad insatisfecha pueda alguna vez satisfacerse completamente, pero en los Estados Unidos, donde se dispone ampliamente de anticonceptivos, la necesidad insatisfecha de limitar los nacimientos se estimó en sólo 4% a 8% de las mujeres casadas en edad de procrear en 1976.

El concepto de la necesidad insatisfecha no es estático. Esta puede disminuir a medida que más personas tienen acceso a los anticonceptivos o que cambia la índole de los servicios, y puede aumentar a medida que las personas desean menos hijos, o cuando la mejor disponibilidad de servicios despierta el interés en regular la fecundidad con rapidez mayor que la que los nuevos servicios pueden atender. Quizás muchas mujeres que declaran desear más hijos serían posibles usuarias si se les

ofreciera la posibilidad de planificar los nacimientos. En cierta medida, los programas de planificación familiar hacen algo más que simplemente satisfacer una necesidad; en realidad, primero generan y después satisfacen esa necesidad. En este sentido la "demanda" de servicios anticonceptivos no se mide fácilmente, y es en parte una función de su suministro.

En la mayoría de los países, es menos probable que las mujeres de las zonas rurales y con menor nivel de educación deseen detener la procreación que las mujeres de centros urbanos y con más educación. Pero entre las primeras, es menos probable que las que si desean dejar de procrear practiquen la anticoncepción, al contrario que sus contrapartes instruidas de las ciudades. El gobierno desempeña una función fundamental en la disminución de estas diferencias, en especial entre las zonas urbanas y las rurales (véase el Cuadro 7.2). En Colombia y la República de Corea, que tienen programas vigorosos de planificación familiar, la probabilidad de que las mujeres que no desean más hijos estén practicando la anticoncepción es igual en las zonas rurales y en los centros urbanos. En Kenya, Nepal y Pakistán, que tienen programas más débiles, el contraste entre zonas rurales y urbanas es mucho mayor.

#### *Razones para no utilizar anticonceptivos*

Las parejas que desean planificar sus familias enfrentan determinados costos, de carácter financiero, psicológico, médico y relacionados con el tiempo. Si éstos exceden a los costos netos de tener más hijos, las parejas no regularán su fecundidad, aun cuando idealmente preferirían aplazar o impedir un embarazo. Entre los costos de la anticoncepción para las personas se cuentan los siguientes:

- Información: el esfuerzo de averiguar dónde obtener los anticonceptivos y cómo utilizarlos adecuadamente. En Kenya, el 58% de las mujeres casadas entre los 15 y los 49 años que están expuestas al riesgo del embarazo no saben dónde pueden obtener anticonceptivos modernos; en México la proporción es un 47%

- Tiempo de viaje y de espera: el dinero y el tiempo necesarios para ir y volver de una tienda o clínica y obtener servicios de planificación familiar. El tiempo medio de espera es de hasta tres horas en los hospitales y en clínicas de planificación familiar de El Salvador. Los programas de Bangladesh, India y Sri Lanka compensan a los que se someten a esterilización por los gastos de transporte y los salarios no ganados.

### Recuadro 7.3 La medición de la necesidad insatisfecha de planificación familiar

El concepto de "necesidad insatisfecha" utilizado en este Informe se basa en dos preguntas hechas a mujeres casadas en encuestas nacionales representativas realizadas en el último decenio. En más de 40 países se preguntó a las mujeres: "¿Desea usted tener más hijos?" Entre las expuestas al riesgo de embarazo (es decir, que no estaban ni embarazadas ni eran estériles), algunas dijeron que no deseaban más hijos. De éstas, se consideró que las que no utilizaban ningún método anticonceptivo tenían necesidad insatisfecha de limitar los nacimientos. En algunas encuestas (en menos países) también se les preguntó: "¿Desea usted aplazar el embarazo un año o más?" Entre las mujeres expuestas al riesgo de embarazo, algunas contestaron afirmativamente. De éstas, se consideró que las que no utilizaban ningún método anticonceptivo tenían necesidad insatisfecha de espaciar los nacimientos.

Algunos investigadores han indicado que las respuestas a estas preguntas no tienen sentido o, en el mejor de los casos, que no son confiables. Sostienen que muchas mujeres de los países en desarrollo no están acostumbradas a planificar sus familias o no están informadas acerca de la manera de influir en el número de nacimientos que en definitiva tendrán. Estas críticas se aplican con mayor vigor a las preguntas sobre el tamaño preferido de la familia ("Suponga que está recién casada y que puede tener sólo el número de hijos que desea, ¿cuántos serían?") y el tamaño deseado de la familia ("Si usted pudiera

elegir exactamente el número de hijos que quisiera tener, ¿cuántos serían?"). Estas preguntas contienen componentes hipotéticos importantes, puesto que las mujeres no pueden decidir acerca del tamaño de la familia sin considerar los costos, no pueden tener menos hijos de los que ya tienen, y deben imaginar otros ciclos de vida que comprenden tamaños diferentes de la familia. Las respuestas a estas preguntas no son consecuentes, incluso cuando las preguntas son las mismas en fechas diferentes. Por ejemplo, en Indonesia sólo el 46% de las mujeres a las que se volvió a entrevistar cuatro meses después de la encuesta inicial respondió de forma idéntica a la pregunta sobre el tamaño deseado de la familia. En otro estudio similar, sólo el 67% de las personas entrevistadas de nuevo después de un mes dieron una respuesta idéntica a la pregunta sobre el tamaño preferido de la familia.

Por contraste, las mujeres responden consecuentemente a lo largo del tiempo a una pregunta sobre si desean o no tener más hijos, y sus respuestas son predicciones razonablemente satisfactorias tanto del empleo de anticonceptivos como de su fecundidad en el futuro. (En el Suplemento de datos demográficos se da información por países sobre las respuestas a esta pregunta.) En el estudio en el que dos terceras partes de las respuestas a la pregunta sobre el tamaño preferido de la familia fueron contradictorias, el 90% de las mujeres fueron consecuentes al contestar una pregunta sobre si deseaban tener más hijos. En los

países incluidos en la Encuesta Mundial de Fecundidad, el empleo de anticonceptivos entre las mujeres que declararon que no deseaban más hijos excedió sistemáticamente al uso entre las mujeres que querían más hijos.

Evidentemente no todas las mujeres que no desean más hijos emplean anticonceptivos, y no todas las que desean limitar el tamaño de sus familias dejan de tener hijos. Varios factores pueden explicar estas discrepancias entre las actitudes y el comportamiento. Primero, es posible que algunas mujeres no consideren los costos del control de la natalidad al contestar las preguntas sobre el tamaño de la familia. Si los beneficios de evitar nacimientos son pequeños en relación con los costos de la anticoncepción, las mujeres que no desean más hijos tienen poca motivación para usar anticonceptivos. Segundo, las encuestas investigan sólo las actitudes de las mujeres, y no las de los hombres. En los casos en que se entrevista a ambos cónyuges, las diferencias entre ellos tienden a ser pequeñas, pero si existen. Tercero, la creciente experiencia con los hijos, más los acontecimientos no previstos —como la muerte de un niño, o la enfermedad del marido o de la mujer—, pueden llevar a las parejas a modificar sus planes. Y cuarto, por último, incluso los métodos anticonceptivos modernos pueden fallar, de manera que algunas mujeres tienen más hijos a pesar de su intención de no aumentar el tamaño de la familia.

- **Compra:** el costo de comprar los anticonceptivos (preservativos, píldoras, inyecciones) o pagar los servicios (esterilización, colocación de DIU y exámenes médicos periódicos, regulación menstrual y aborto). La mayoría de los programas oficiales de planificación familiar proporcionan los materiales y servicios en forma gratuita o a precios sumamente subvencionados. Los costos de adquisición a los proveedores y los médicos privados pueden ser considerablemente más elevados.

- **Efectos secundarios y riesgos para la salud:**

los síntomas desagradables y en ocasiones serios que algunas mujeres experimentan cuando practican la anticoncepción. Las usuarias de la píldora pueden subir de peso o sentirse indispuestas. El DIU puede causar excesivo flujo menstrual, manchado persistente y calambres dolorosos. Además, en algunos países, por razones religiosas o culturales se prohíbe a las mujeres cocinar durante sus períodos menstruales; el manchado y el más abundante flujo menstrual causado por el DIU puede restringir aún más sus actividades. Algunos

CUADRO 7.2

**Porcentaje de las mujeres casadas de 15 a 49 años que practican métodos anticonceptivos eficaces, entre las que no quieren más hijos**

Países e índices de planificación de la familia <sup>a</sup>	Residencia y educación			
	Urbana		Rural	
	Sin instrucción	Siete o más años de escolaridad	Sin instrucción	Siete o más años de escolaridad
<i>Vigorosa o muy vigorosa</i>				
Corea, Rep. de, 1979	58	62	61	63
Colombia, 1980	35	69	30	52
<i>Moderado</i>				
Malasia, 1974	37	..	27	49
Tailandia, 1981	72	83	53	58
Filipinas, 1978	22	45	15	38
Túnez, 1979	50	60	45	..
Bangladesh, 1979	21	55	16	37
México, 1978	40	71	17	53
<i>Débil o muy débil</i>				
Nepal, 1981	41	71	15	45
Egipto, Rep. Árabe de, 1980	53	72	24	70
Ecuador, 1979	17	60	6	58
Pakistán, 1975	17	35	6	17
Venezuela, 1976	53	67	18	54
Kenya, 1977-78	13	44	12	32
Honduras, 1981	53	58	15	49
Ghana, 1979-80	11	30	8	25

*Nota:* Se consideran anticonceptivos eficaces la esterilización masculina y femenina, las píldoras, los DIU, las inyecciones anticonceptivas, el diafragma y los preservativos. No se ha incluido en este cuadro a las mujeres embarazadas o estériles.

.. No se dispone de datos.

a. El índice de planificación de la familia está interpolado de los datos de 1972 y 1982 al año indicado. Véanse las notas correspondientes al Cuadro 6 del Suplemento de datos demográficos.

Fuentes: Datos de la EPA y la EMF, Lapham y Mauldin, 1984.

métodos aumentan el riesgo de tener graves problemas de salud; se ha informado de un más alto riesgo de enfermedades inflamatorias pelvianas entre las usuarias del DIU y de enfermedades cardiovasculares entre las usuarias de la píldora. (Sin embargo, estos riesgos son pequeños en comparación con los asociados con el embarazo y el parto.)

- **Desaprobación social:** la índole privada de la planificación familiar y la dificultad de discutir el tema con los que prestan los servicios e incluso con los cónyuges. Su práctica puede infringir creencias personales, ocasionar falta de armonía en la pareja o ser inaceptable desde el punto de vista social, cultural o religioso.

En encuestas sobre el empleo de anticonceptivos efectuadas en diez países se preguntó a las mujeres casadas que no practicaban la anticoncepción por qué no lo hacían. A menos que desearan otro hijo o estuvieran embarazadas, sus razones incluían las siguientes: falta de conocimiento de un método anticonceptivo o dónde obtenerlo, efectos secundarios de los métodos, creencias religiosas, oposi-

ción de los maridos y costos financieros. En Nepal la falta de conocimiento acerca de una fuente de obtención de anticonceptivos fue la razón principal. En Honduras, México y Tailandia, la mitad de las mujeres que no practicaban la anticoncepción pero estaban expuestas al riesgo del embarazo, o no conocían ningún lugar donde obtener anticonceptivos o temían sus efectos secundarios. En Bangladesh, Barbados y Nepal, de una cuarta parte a un tercio de todas las mujeres casadas no utilizaban anticonceptivos por estas razones. El uso de los anticonceptivos evidentemente podría aumentar mediante información y servicios mejores, orientados tanto a los hombres como a las mujeres.

Las tasas de abandono revelan lo mismo. Según encuestas realizadas en 33 países, hasta un 30% de las mujeres casadas en edad de procrear han practicado la anticoncepción en el pasado, pero ya no lo hacen (véase el Cuadro 7.3). Cuando la anticoncepción se practica para espaciar los nacimientos, es normal que haya cierta discontinuidad. Pero

CUADRO 7.3

## El abandono de la práctica de métodos anticonceptivos, según encuestas recientes

Regiones y Países	Porcentaje de mujeres casadas de 15 a 49 años		Porcentaje de todas las discontínuentes que están expuestas al embarazo y no desean más hijos (2 dividido por 1)	Discontínuentes que están expuestas al embarazo y no desean más hijos (2), como porcentaje de las usuarias actuales
	Han usado anticonceptivos, pero no son usuarias actuales ("discontínuentes")	Dejaron de usarlos, están expuestas al embarazo <sup>a</sup> y no desean más hijos		
	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>África al Sur del Sahara</b>				
Camerún (1978)	6	(.)	1	2
Ghana (1979-80)	30	2	7	23
Kenya (1977-78)	25	2	7	24
Lesotho (1977)	18	2	10	33
Sudán (1979)	8	1	8	15
<b>Oriente Medio y Norte de África</b>				
Egipto (1980)	17	4	25	18
Jordania (1976)	22	3	12	10
Siria (1978)	14	1	9	8
Túnez (1978)	15	3	18	9
<b>Asia Meridional</b>				
Bangladesh (1979)	9	3	30	21
Nepal (1981)	2	(.)	8	2
Pakistán (1975)	5	2	43	42
Sri Lanka (1975)	14	4	29	12
<b>Asia Oriental</b>				
Corea, Rep. de (1979)	24	8	33	16
Filipinas (1978)	23	4	19	12
Indonesia (1976)	12	2	16	7
Tailandia (1981)	21	5	26	9
<b>América Latina y el Caribe</b>				
Barbados (1981)	28	10	36	21
Colombia (1980)	20	4	22	9
Costa Rica (1980)	23	3	14	5
Ecuador (1979)	20	4	20	12
Guyana (1975)	22	8	34	22
Haiti (1977)	17	3	15	14
Honduras (1981)	15	2	10	6
Jamaica (1975-76)	26	9	36	24
México (1978)	15	3	20	8
Panamá (1976)	21	4	17	7
Paraguay (1979)	21	3	12	7
Perú (1981)	20	3	14	7
República Dominicana (1975)	18	3	17	8
Trinidad y Tobago (1977)	27	8	28	14
Venezuela (1977)	20	1	19	8

Nota: Las cifras de las columnas 1 y 2 se redondearon después de calcular las de las columnas 3 y 4.

(.) Menos de medio por ciento.

a. No embarazadas o estériles.

Fonte: Ainsworth, 1984.

muchos de los que dejan de usar anticonceptivos no desean más hijos. Como puede observarse en la segunda columna del Cuadro 7.3, hasta un 10% de las mujeres casadas que han dejado de practicar la anticoncepción no desean más hijos y corren el riesgo de quedar embarazadas. En Barbados, la República de Corea, Guyana, Jamaica y Pakistán la

proporción es superior a un tercio (columna 3). En las encuestas de seguimiento de las mujeres que han aceptado practicar la anticoncepción suele descubrirse que un alto porcentaje de abandono se debe a los efectos secundarios para la salud. Por ejemplo, en una encuesta de este tipo realizada en Filipinas, el 66% de las mujeres que dejaron de

tomar la pildora y el 43% de las que dejaron de utilizar el DIU citaron esta razón. El reducir el abandono entre las mujeres que no desean más hijos podría aumentar el empleo de anticonceptivos en por lo menos una quinta parte o más en ocho países (columna 4).

### **La prestación de servicios de planificación familiar**

Los programas de planificación de la familia han evolucionado de diversas maneras, pero el esquema típico comienza con servicios proporcionados sólo por asociaciones privadas y unos pocos médicos y enfermeras interesados. Gradualmente, estos grupos demuestran que la planificación familiar es viable y aceptable, y comienzan a presionar para conseguir apoyo oficial. Una vez que los gobiernos están convencidos, normalmente proporcionan los servicios de planificación familiar a través del sistema de salud pública, pero debido a que la atención de la salud a menudo tiene escasez de financiamiento y se concentra en las zonas urbanas y a que la planificación familiar compete con otras prioridades médicas, la calidad de los servicios es desigual y éstos se facilitan sólo a una pequeña proporción de la población. A la larga, los programas se extienden a las zonas rurales, a menudo a cargo de personal paramédico y semicalificado con el apoyo de los centros de salud. Se presta más atención a aumentar la variedad de métodos anticonceptivos, a proporcionar servicios de seguimiento a los pacientes y a trabajar con las autoridades comunitarias para fomentar el apoyo local. También se alienta a las organizaciones comerciales a ofrecer planificación familiar. Se delegan responsabilidades importantes en las asociaciones privadas, dentro del programa nacional, en relación con algunos servicios o grupos beneficiarios y continúan ensayándose nuevas maneras de proporcionar servicios.

En la actualidad, los programas oficiales de planificación familiar se encuentran en diferentes etapas de evolución en las diversas regiones:

- *Asia Oriental.* Los gobiernos se han comprometido desde hace tiempo a reducir el crecimiento de la población. Han tenido un éxito extraordinario en cuanto a mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar y ampliar la gama de métodos anticonceptivos disponibles. Se han contratado muchos visitantes para proporcionar esos servicios —y a veces atención primaria de salud— en aldeas de China, Indonesia y Tailandia. El uso de anticonceptivos ha aumentado espectacularmente en el último decenio.

- *Asia Meridional.* El compromiso oficial de reducir la fecundidad es firme, pero los resultados han sido mixtos. El uso más extendido de anticonceptivos se encuentra en Sri Lanka y varios estados del sur de la India, y el más bajo en Nepal y Pakistán. La demanda de anticonceptivos aún está restringida por la elevada mortalidad infantil y la preferencia por las familias numerosas. Al mismo tiempo, encuestas recientes han revelado una necesidad insatisfecha considerable, tanto para limitar como para espaciar los nacimientos. La mayoría de los programas aún no han logrado la amplia difusión rural que se encuentra en Asia Oriental y han tendido a hacer hincapié en la esterilización. Otros métodos se han facilitado principalmente a través de distribuidores comerciales subvencionados.

- *América Latina y el Caribe.* Al principio, la demanda generalizada de planificación familiar fue satisfecha en gran medida por médicos, farmacias y organizaciones sin fines de lucro, básicamente en las zonas urbanas. El apoyo oficial fue débil, en parte debido a la oposición de algunas autoridades religiosas. En los años setenta se constató un creciente interés de los gobiernos y una mayor tolerancia de las autoridades religiosas. En la actualidad, la mayoría de los gobiernos apoyan los servicios de planificación familiar por razones humanitarias y de salud; Barbados, Colombia, El Salvador, Guatemala, Haití, Jamaica, México, República Dominicana y Trinidad y Tabago lo hacen también para reducir la fecundidad. El acceso a los servicios es aún insuficiente en las zonas rurales de la mayoría de los países.

- *Oriente Medio y Norte de África.* Algunos países de África septentrional, como Egipto, Marruecos y Túnez, tienen desde hace tiempo programas encaminados a reducir la fecundidad. Cerca de la mitad de los países del Oriente Medio proporcionan planificación familiar para mejorar el espaciamiento de los nacimientos y fomentar la salud; sólo el programa de Turquía procura reducir la fecundidad. En unos pocos países del Oriente Medio la anticoncepción es ilegal. En otros, las prácticas culturales a menudo restringen a las mujeres a sus hogares, haciéndoles difícil obtener estos servicios. Los programas que incluyen visitas domiciliarias de los auxiliares de planificación de la familia no están bien organizados.

- *África al Sur del Sahara.* De los 41 gobiernos sobre los cuales se dispone de datos, sólo nueve tienen objetivos demográficos. La mayor parte de los que apoyan la planificación familiar lo hacen por razones de salud y 12 países aún no la apoyan

oficialmente. En los países donde hay servicios, éstos se facilitan a través de sistemas de atención de la salud que tienen sólo cobertura limitada, en especial en las zonas rurales. En toda esta región, las parejas desean familias numerosas y la mortalidad infantil es elevada. Hay cierta demanda de planificación familiar, pero los programas en marcha satisfacen dicha demanda de manera deficiente. A medida que disminuye la práctica de los métodos tradicionales de espaciar los nacimientos (la lactancia prolongada y la abstinencia sexual), aumenta la demanda de anticonceptivos modernos. Las organizaciones privadas han contribuido a demostrar que existe esa demanda y a insistir en el apoyo oficial.

#### *La administración de los programas de planificación familiar*

Tal vez más que ningún otro programa social, los de planificación familiar pueden ser eficaces sólo en la medida en que satisfagan las necesidades de las personas, en lo referente tanto a ofrecer información más completa acerca de los beneficios de controlar la fecundidad como a prestar mejores servicios para facilitar dicho control. Al mismo tiempo, estos programas, como todos los oficiales, funcionan con ciertas restricciones en cuanto a disponibilidad de recursos humanos y financieros, capacidad de supervisión y capacitación, e infraestructura de transporte y comunicaciones. El apoyo médico es necesario para algunos métodos anticonceptivos. El desafío para los administradores de estos programas consiste en satisfacer las necesidades individuales con todas estas restricciones y, a más largo plazo, aliviar las limitaciones.

La índole personal de los servicios de planificación de la familia tiene varias repercusiones importantes en la formulación y la administración de los programas. En primer lugar, éstos deben poder adaptarse a las necesidades locales y personales y a una variedad de usuarios. Entre los posibles clientes se incluyen hombres y mujeres, casados y solteros, de diferentes condiciones sociales, económicas, culturales y religiosas; los que pueden estar aplazando un primer embarazo, espaciando los nacimientos o impidiendo nuevos embarazos. El personal debe ser discreto y sensible a las necesidades de los clientes, y estar familiarizado con las costumbres y creencias locales. Este requisito se ha cumplido de varias maneras: seleccionando personal en las comunidades, capacitándolo en el ambiente en que se desarrollarán y haciendo esfuerzos especiales por contratar mujeres. Tam-

bién se han establecido servicios específicos para determinados grupos de clientes: adolescentes, mujeres que acaban de dar a luz y madres de hijos pequeños.

En segundo término, los programas deben alentar a los clientes no sólo a aceptar un método anticonceptivo, sino también a utilizarlo en forma eficaz y continuada. En las sociedades donde las personas se casan jóvenes, es posible que las parejas que desean espaciar y limitar los nacimientos tengan que practicar la anticoncepción durante veinte años. La utilización prolongada y eficaz es más fácil si la información y el apoyo respecto a efectos secundarios son seguros, el reabastecimiento es conveniente y hay oportunidades para cambiar de método. Los servicios médicos y de referencia de pacientes son fundamentales, al igual que la capacidad para continuar controlando a los clientes. Los administradores necesitan información no sólo con respecto a los nuevos aceptantes, sino también sobre los usuarios constantes, los que abandonan y los que no participan en los programas (véase el Recuadro 7.4). Indonesia es un país con un eficaz sistema de seguimiento que incluye registros de aceptantes, encuestas trimestrales de seguimiento de los aceptantes y encuestas periódicas por muestreo de las unidades familiares, en las que se recopila información sobre fecundidad y empleo de anticonceptivos.

En tercer lugar, debido a que tal vez no esté muy difundida la información acerca de los beneficios de la planificación familiar y de las familias pequeñas, los programas deben crear conciencia acerca de los servicios disponibles y sus beneficios, y también difundir la información sobre el empleo adecuado de los métodos. Para prestar los servicios, se requieren actividades de información y educación tanto dentro como fuera del sistema. El personal de los programas consigue los posibles clientes y les ofrece información sobre el uso adecuado de los métodos. Los medios de comunicación pueden utilizarse para informar a las personas sobre los beneficios de las familias pequeñas y el modo de obtener métodos anticonceptivos. La instrucción sobre la procreación humana, la planificación familiar, la paternidad responsable y los problemas del rápido crecimiento de la población como parte de los planes de estudios de las escuelas puede darse a los jóvenes antes de que se casen; esta instrucción también puede ofrecerse a través de la educación no formal, por ejemplo, en los programas de alfabetización de adultos. Estos esfuerzos complementan otras políticas económicas y sociales —que se analizan en el Capítulo 6—

## Recuadro 7.4 Sistemas de información para la administración que mejoran la prestación de los servicios

En muchos países, los procedimientos para proporcionar servicios de planificación de la familia se resienten gravemente de falta de información confiable en la que basar las decisiones administrativas. Se exige recopilar datos a personal sobrecargado de trabajo que es supervisado por personal médico u otro personal técnico no capacitado para usar la información, y se destina mucho tiempo a recopilar información que nunca se utiliza.

Un sistema de información para la administración es cualquier sistema que organiza la recopilación e interpretación de los datos que necesitan los administradores para adoptar decisiones. El supervisor de salud rural que examina los registros de un auxiliar para evaluar el desempeño y el ministro de salud que examina la información sobre contratación y utilización de personal están utilizando uno de estos sistemas. En un programa de planificación familiar, un sistema de información para la administración podría incluir datos sobre el tamaño del grupo beneficiario y sus características, el número y la índole de los aceptantes nuevos y de los que continúan en el programa, el número y tipo de las visitas de seguimiento, las tasas de natalidad, las pautas de dotación de personal y la disponibilidad de suministros. Estos datos permiten a los administradores adoptar decisiones basadas en información actualizada y confiable que se recopila en forma rutinaria.

Estudios realizados en dos estados de

la India—Karnataka y Uttar Pradesh— a mediados del decenio de 1970 mostraron que los visitantes que proporcionan servicios de salud y de planificación familiar dedicaban hasta un 60% de su tiempo a actividades no relacionadas directamente con la prestación de sus servicios. La mantención de registros y la asistencia a reuniones eran las actividades ajenas más comunes. Un total de 46 registros eran llevados por cinco tipos de visitantes, en relación con una variedad de temas (planificación de la familia, salud maternoinfantil, inmunizaciones, lucha contra el paludismo) y con considerable superposición de los datos registrados. Una sola enfermera-partera auxiliar llevaba 22 registros y preparaba 12 informes al mes. La información no era utilizada por los supervisores y administradores, y los visitantes tampoco recibían información sistemática sobre su desempeño en comparación con otros funcionarios. Había pocos incentivos para llevar buenos registros y presentar informes con regularidad y a tiempo.

Después de un examen del sistema, se organizó mejor la mantención de registros y la presentación de informes. El número de registros llevados por los visitantes se redujo de 46 a 6, uno sobre pautas que recibían los requisitos para participar en los programas y sus hijos, uno de salud maternoinfantil; un informe sobre frotis de sangre en relación con el paludismo; un registro de nacimientos y defunciones, uno de existencias y entregas, y un diario de las activi-

dades cotidianas. Los diversos informes separados enviados a los administradores de los programas fueron reemplazados por un solo informe mensual de cada visitante, un solo informe de cada supervisor y un solo informe de cada centro primario de salud. Se empezó a comunicar inmediatamente al personal de planificación familiar como era su desempeño en relación con las metas predeterminadas. Para fomentar la competencia, los informes enviados por los distritos a los centros primarios de salud también comenzaron a clasificar a éstos conforme a diez indicadores, como el número de inmunizaciones y de esterilizaciones como porcentaje de las metas anuales.

En tres distritos del estado de Andhra Pradesh, donde se introdujo este sistema, el tiempo dedicado a llevar registros y preparar informes se ha reducido considerablemente. Por ejemplo, una enfermera-partera auxiliar dedica en la actualidad sólo una media hora diaria al nuevo sistema, en comparación con dos horas anteriormente. Los informes son completos y se presentan a tiempo (en otros distritos, hay falta de tres meses de atraso en la presentación de informes), y los administradores reaccionan mejor a las necesidades locales. Actualmente se están tomando medidas para ampliar el sistema a todo el estado de Andhra Pradesh, y el Gobierno de la India ha recomendado que todos los estados adopten el nuevo sistema de información para la administración.

para crear la demanda de familias más pequeñas.

Debido a la necesidad de servicios médicos para muchos métodos anticonceptivos y para el seguimiento de sus aceptantes, la mayoría de los programas de planificación familiar están relacionados con los sistemas de salud pública. La naturaleza de estos vínculos varía de un país a otro, y a menudo ha experimentado cambios. En algunos programas, los auxiliares de planificación familiar proporcionan los servicios a través de clínicas administradas por el ministerio de salud, pero dependen de otro organismo. En Pakistán, la responsabilidad

principal de la planificación de la familia recae en la División de Bienestar de la Población del Ministerio de Planificación y Desarrollo, utilizando los propios servicios y trabajadores especializados de la División. En otros países es responsabilidad directa del ministerio de salud, y los servicios se prestan a través de un departamento especial de planificación de la familia (como en Egipto) o como parte de los cuidados preventivos o de salud maternoinfantil (como en Botswana, Kenya y Malawi). El personal puede especializarse en planificación de la familia (es decir, como auxiliares con

una sola finalidad), como en Kenya, Pakistán e Indonesia, o ser responsable de los servicios generales de salud o de salud materno-infantil, además de la planificación familiar (es decir, auxiliares de finalidad múltiple), como en Bangladesh, Botswana y la India.

La integración de la salud y la planificación familiar en la prestación de los servicios ha ofrecido evidentes ventajas. Los beneficios que representa para la salud de las madres y los hijos espaciar y limitar los nacimientos claramente señalan a la planificación familiar como un componente valioso de los servicios de salud materno-infantil. Para ambos servicios, el principal grupo beneficiario —las mujeres casadas en edad de procrear— es el mismo. La prestación conjunta de los servicios puede reducir los costos unitarios; además, en los países donde la planificación de la familia es un asunto controvertido, los servicios integrados hacen que el programa sea más aceptable.

Pero los servicios integrados también presentan dificultades. Los ministerios de salud a menudo tienen escasez de personal y de fondos, y no siempre pueden movilizar los recursos políticos y administrativos para poner en marcha un programa eficaz de planificación familiar. Las grandes exigencias de la atención de la salud pueden eclipsar el suministro de servicios de planificación familiar, y el personal médico tal vez dé prioridad a los servicios curativos más bien que a los preventivos. Los trabajadores de múltiples finalidades que están sobrecargados de responsabilidades no desempeñarán bien ninguna de sus funciones. Si un sistema integrado emplea auxiliares de una sola finalidad, pueden surgir fricciones sobre diferencias en cuanto a capacitación, antigüedad, sueldos y ascensos. Por ejemplo, además de sus sueldos, los auxiliares de planificación de la familia reciben a veces pagos de incentivo basados en el número de aceptantes que consiguen, en tanto que los auxiliares de salud reciben sólo sus sueldos. En Kenya, se pagaba más a los auxiliares de salud familiar (con responsabilidades en materia de planificación de la familia) que a las enfermeras comunitarias inscritas de quienes dependían. Estos problemas de personal pueden afectar gravemente a la moral y el desempeño de los auxiliares.

Aunque los programas de planificación familiar requieren cierto vínculo con los sistemas de salud, no es necesario que los servicios de planificación se limiten a ellos. Cuando los servicios se proporcionan a través de un programa de salud materno-infantil, es posible que se pasen por alto importantes grupos de clientes: hombres, adolescentes,

mujeres solteras y no embarazadas. Los ministerios de salud pueden estar deficientemente equipados para organizar planes de comercialización social (destinados a la distribución comercial subvencionada de anticonceptivos, que se analiza más adelante), preparar programas para los medios de comunicación o coordinar actividades públicas, privadas, no gubernamentales y comerciales. Algunas de estas responsabilidades a menudo se delegan, por ejemplo, en los ministerios de información o educación. Muchos programas tienen juntas, dentro o fuera de un ministerio, para coordinar la amplia gama de actividades de planificación de la familia. En México, la Coordinación General del Programa Nacional de Planificación Familiar que es una entidad semiautónoma supervisa y coordina todas las actividades de planificación de la familia; forma parte del Ministerio de Salubridad y Asistencia, pero tiene acceso directo al Presidente y trabaja en estrecha cooperación con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), entidad separada responsable de formular políticas de población. En Indonesia, la Junta Nacional de Coordinación de la Planificación Familiar (BKKBN), es un organismo autónomo que recopila datos, prepara programas de información y educación, coordina actividades y tiene sus propios visitadores, que fomentan la planificación de la familia, proporcionan servicios de referencia de pacientes y establecen puntos de distribución en las comunidades. En algunos países, estas juntas de planificación familiar también son responsables de la política general de población, función que se examina más cabalmente en el Capítulo 8.

Para terminar, no hay una fórmula simple con respecto a la mejor forma de organizar los programas de planificación familiar. Programas que difieren mucho en estructura pueden tener igual éxito. Los auxiliares de la India proporcionan servicios tanto de planificación familiar como de cuidados de salud materno-infantil y dependen de la orientación general de la División de Bienestar de la Familia, dentro del Ministerio de Salud y Bienestar Familiar. En Indonesia se facilitan servicios de planificación familiar como parte de los cuidados de salud materno-infantil del sistema de salud, pero también se utilizan visitadores de una sola finalidad que dependen de la BKKBN. El programa de China depende del personal conjunto del sistema de salud, pero tiene un organismo separado para la formulación de las políticas relativas a la planificación familiar y la política general de población. Cualquiera que sea la forma en que esté organizada la prestación de los servicios, todos los

programas requieren cierto grado de apoyo de los organismos de salud.

Otros factores importantes para el éxito de los programas son el grado de compromiso político y la capacidad administrativa general del gobierno para coordinar los aspectos de utilización, capacitación, supervisión y disponibilidad del personal. Esto influye en la eficacia de las tres estrategias de los programas para ampliar el uso de anticonceptivos: aumentar el acceso a los servicios, mejorar la calidad de los mismos y asegurar la aceptabilidad social.

#### *El aumento del acceso*

Tal vez el mayor logro de los programas de planificación de la familia en el pasado decenio haya sido el de hacer más accesibles la información y los servicios a los que los requieren. En 23 de los 29 países en desarrollo donde se han efectuado encuestas, más del 80% de las mujeres casadas conocen por lo menos un método anticonceptivo eficaz. En las zonas urbanas de casi todos los 36 países estudiados en la Encuesta Mundial de Fecundidad (EMF) se facilitan métodos de planificación familiar a una hora de viaje del hogar. En Costa Rica y Tailandia, la mayoría de las personas que viven en zonas rurales viven también a menos de una hora de viaje de estos servicios. Por añadidura, la mayoría de los programas oficiales proporcionan servicios gratuitos o a precios fuertemente subvencionados.

Con todo, todavía hay muchos países y regiones donde la información y los costos de viajes son obstáculos importantes para hacer frente a la demanda insatisfecha de los clientes. Según encuestas familiares realizadas en Guatemala y en el estado de Piauí, en Brasil, el 15% de las mujeres casadas en edad de procrear manifestaron que desearían hacerlo, pero no sabían dónde obtenerlos. En Nepal, la mitad de las mujeres casadas no conoce ningún método anticonceptivo, alrededor del 15% conoce uno, pero no saben de un centro de distribución. En Honduras, cerca de un 25% de las mujeres no conoce ni un método ni un centro de distribución. De las mujeres de las zonas rurales que saben de algún lugar donde obtener anticonceptivos, el 32% en Colombia, el 42% en Honduras y el 62% en Nepal viven a más de una hora de distancia de la fuente de suministro. Estas barreras —falta de información y distancia— son especialmente elevadas en África al Sur del Sahara, en Senegal y Sudán, más de la mitad de las mujeres que reúnen los requisitos para parti-

cipar en los programas no conocen los métodos modernos de anticoncepción, y en la mayoría de los países africanos los anticonceptivos se facilitan sólo en las zonas urbanas.

Para llegar a las zonas rurales, los programas de planificación familiar han hecho especial hincapié en ampliar el trabajo de los centros de salud a las comunidades y unidades familiares a través de la utilización de visitantes y otro personal de difusión. El acceso también ha aumentado en muchos países al alentar al sector privado a proporcionar servicios de planificación familiar.

LA AMPLIACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS MEDIANTE LA DIFUSIÓN. Hasta un decenio atrás, casi todos los programas oficiales proporcionaban los servicios en los centros —por lo general clínicas— y dependían considerablemente del personal médico. Debido a que los servicios de salud no estaban bien organizados en las zonas rurales y el personal médico era escaso, el acceso a la planificación familiar y a la atención médica— era limitado.

Actualmente, muchos programas de convergencia han conseguido utilizar los centros de salud como un punto de partida para llevar los servicios y los suministros a los poblados.

- El personal paramédico ha sido capacitado para proporcionar muchos métodos que antes se encomendaban solamente a los médicos. Por ejemplo, en Tailandia, las parteras auxiliares colocan DIU y suministran anticonceptivos inyectables. En otras partes, los auxiliares distribuyen la píldora y son cuidadosamente adiestrados en lo relativo a la verificación de contraindicaciones, la utilización adecuada, el tratamiento de los efectos secundarios y los procedimientos de referencia de pacientes.

- El personal de las clínicas ha sido complementado con visitantes que proporcionan un vínculo entre la clínica y la comunidad (véase el Recuadro 7.5). Estos visitantes van periódicamente a los hogares y las comunidades distantes para enviar clientes a los centros de servicios, distribuir métodos no clínicos como la píldora, los preservativos y espumas espermicidas, y dar confianza a los usuarios. En algunos casos los visitantes también supervisan a los voluntarios locales.

- Los centros oficiales han aumentado su capacidad mediante la organización de almacenes locales de suministro de métodos no clínicos. En México e Indonesia, estos centros ayudan en el trabajo del personal auxiliar y reducen los costos de los clientes.

Las ventajas de los servicios de difusión son con-

## Recuadro 7.5 Los visitantes dedicados a la planificación de la familia

Los sistemas de difusión que utilizan visitantes han sido la clave del éxito de los programas nacionales eficaces de planificación de la familia, superando la relativa falta de accesibilidad de los médicos y reduciendo los costos de los anticonceptivos al llevar los servicios directamente a los beneficiarios. La experiencia en diferentes países es ilustrativa de una variedad de enfoques en materia de capacitación, funciones y campo de acción de los visitantes.

- *Conv. República de.* Los visitantes de planificación familiar pagados y de jornada completa —enfermeras, parteras y auxiliares de enfermería— son asignados a los subcentros de salud, en donde dedican como mínimo 15 días del mes a efectuar visitas domiciliarias y a organizar reuniones de grupos para captar parejas que reúnan los requisitos para participar en el programa. También distribuyen preservativos y píldoras y envían a los clientes de DIU y esterilización a clínicas designadas de planificación de la familia. La cobertura tiene un promedio de un visitador por cada 2,600 mujeres casadas en edad de procrear en todo el país, pero es mayor en las zonas rurales (uno por cada 1,200 parejas) que en las urbanas (uno por cada 6,900 parejas) debido a las mayores distancias en las primeras.

- *Filipinas.* Cerca de 3,000 auxiliares de difusión —uno por cada 2,000 parejas— que reúnen los requisitos para participar en el programa trabajan como empleados del Gobierno en régimen de dedicación exclusiva. Cada visitador capta, capacita y supervisa a unos 16 voluntarios de la comunidad que ofrecen información a las parejas, suministran preservativos y píldoras a los usuarios y envían a los pacientes a las clínicas estatales de salud. Unos 50,000 voluntarios atienden a casi tres cuartas partes de las parejas participantes en todo el país. El futuro del programa de difusión es incierto debido a que el financiamiento externo terminará en 1985 y los gobiernos locales no han podido absorber el costo de los salarios de los visitantes con la rapidez que se esperaba.

- *India.* Los servicios de planificación de la familia los prestan visitantes de múltiples finalidades, hombres y mujeres. Las mujeres proporcionan servicios prenatales y posnatales a las

madres, difunden información acerca de la planificación familiar, distribuyen preservativos y asisten en los partos. El Gobierno recientemente sancionó la distribución de anticonceptivos orales por las visitadoras, a las que se capacita para examinar a las clientas en cuanto a contraindicaciones; cada aceptante debe luego ser examinada por un médico en el plazo de tres meses después de ingresar al programa. Los visitantes se concentran principalmente en el saneamiento ambiental, pero también proporcionan información sobre planificación familiar y distribuyen preservativos. Entre los dos grupos se prevé que abarcarán una población de 5,000 habitantes (3,000 en zonas montañosas y de tribus alejadas), aunque en muchas partes de la India esta cobertura aún no se ha logrado.

- *Indonesia.* En las islas de Java y Bali, hay cerca de un visitador de planificación familiar por cada 2,000 parejas participantes en el programa. Los visitadores, que normalmente son egresados de la educación secundaria, captan nuevos aceptantes, entregan suministros a domicilio y son el vínculo administrativo entre las clínicas de salud y los voluntarios locales de jornada parcial que dirigen los centros de reabastecimiento de anticonceptivos en las aldeas y poblados. Las restricciones financieras han impedido depender de visitantes pagados en ampliaciones recientes del programa a las otras islas.

- *Kenia.* El proyecto del hospital de Chogoria, administrado privadamente, en el distrito de Meru ha utilizado auxiliares voluntarios seleccionados por comités locales de salud para suministrar píldoras, preservativos y otros servicios básicos de salud a las aldeas. Los voluntarios son supervisados por auxiliares pagados adjuntos a los centros locales de salud. El empleo de anticonceptivos ha llegado al 28%, en comparación con 7% en el resto del país.

- *México.* El programa nacional proporciona servicios de difusión a través de cuatro organismos gubernamentales diferentes: la Secretaría de Salubridad y Asistencia capacita a los visitantes de múltiples finalidades que se concentran principalmente en la planificación familiar; son voluntarios locales que reciben pequeños pagos por concepto de incentivo. El Instituto Mexicano del Seguro

Social dirige un programa que tiene por meta llegar a zonas aisladas mediante la capacitación de parteras tradicionales y otros voluntarios locales que proporcionan información y suministros a cambio de una remuneración modesta. La Secretaría de la Reforma Agraria y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia también prestan servicios a través de los auxiliares de difusión.

- *Pakistán.* En 1981 el Gobierno reorganizó su programa para incluir un sistema de visitantes y voluntarios de la comunidad. El sistema anterior se basaba completamente en visitantes pagados, que resultaron costosos e ineficaces. El nuevo programa utiliza hombres y mujeres voluntarios contratados localmente, entre los que se cuentan chulos satisfichos, barberos y profesores, que intorman a las parejas acerca de los servicios que se facilitan, las instruyen sobre las ventajas de la planificación familiar, toman la lactancia y el espaciamiento de los nacimientos, distribuyen métodos no clínicos y envían a los clientes a los centros de bienestar familiar en busca de otros métodos. Los voluntarios son capacitados y supervisados por un auxiliar masculino y uno femenino en el centro de bienestar familiar.

- *Tanzania.* Hasta hace poco, el programa nacional de este país se basaba en las clínicas. Ahora, los voluntarios de salud de finalidades múltiples de las aldeas —que atienden a cerca de la mitad de las del país— han recibido capacitación para brindar información sobre planificación de la familia y están autorizados para reabastecer a los aceptantes con píldoras y preservativos. También sirven como agentes de referencia de pacientes a un servicio móvil de esterilización.

- *Zambia.* El Consejo de Planificación Familiar y de Espaciamiento de los Nacimientos, organismo paraestatal que depende del Ministerio de Salud, proporciona muchos de los servicios y cuenta con cerca de 300 auxiliares de difusión de jornada completa de una sola finalidad que proporcionan anticonceptivos orales a las parejas de las zonas rurales por medio de visitas domiciliarias periódicas. En virtud de un nuevo proyecto se capacitará a otros 500 a 600 visitantes de aquí a 1987.

siderables: se gasta menos tiempo y dinero en capacitar a los visitadores que a los profesionales médicos; el personal de salud puede dedicar más tiempo al cuidado de ésta que el que podrían de otra manera, y los visitadores con base en la comunidad a menudo están muy conscientes de las necesidades locales. Pero el empleo extensivo de visitadores requiere supervisión regular y apoyo. Deben recibir capacitación desde un comienzo y asistir a cursos periódicos de perfeccionamiento para mantener la calidad de los servicios. Tienen que concentrarse en unas pocas tareas importantes y las responsabilidades adicionales introducirse sólo gradualmente. Los visitadores también requieren un buen sistema de apoyo médico y de referencia de pacientes a fin de que cualquier efecto secundario que los clientes puedan presentar sea tratado con prontitud. Finalmente, los supervisores y visitadores deben viajar con frecuencia y los suministros de anticonceptivos facilitarse en un número cada vez mayor de centros de distribución alejados. El dinero para el transporte con frecuencia es lo primero que se sacrifica cuando se recortan los presupuestos, y sin embargo toda la estrategia depende de viajes extensos y logística satisfactoria.

EL FOMENTO DE LOS PROVEEDORES PRIVADOS. Otro medio que los gobiernos han utilizado para aumentar el acceso a los servicios de planificación familiar ha sido el de fomentar una más amplia participación del sector privado. Esta estrategia impone menos demandas a los escasos fondos públicos y la limitada capacidad administrativa. Las políticas adoptadas incluyen la subvención de la distribución comercial de anticonceptivos, la coordinación con los organismos no gubernamentales y su fomento, y la eliminación de barreras legales y de otro tipo al suministro privado y comercial de anticonceptivos.

El suministro subvencionado de anticonceptivos a través de distribuidores comerciales — con frecuencia denominado comercialización social— se ha ensayado con cierto éxito en por lo menos 30 países. Los programas de comercialización social utilizan sistemas comerciales existentes de distribución y centros de venta al por menor para vender, sin receta médica, anticonceptivos que proporcionan en forma gratuita o a bajo costo los gobiernos o los donantes externos. El primer plan de comercialización social se llevó a cabo en la India, con la venta de los preservativos subvencionados "Nirodh". En casi todos los países que tienen estos planes se venden preservativos, y se

sabe por lo menos de 17 que venden anticonceptivos orales, a veces de varias marcas. Los espermicidas, en forma de supositorios, cremas, espuma a presión y comprimidos efervescentes también se venden corrientemente. Hasta hace poco, estos planes se han limitado a métodos que no requieren servicios clínicos para su distribución. Sin embargo, en Egipto actualmente se venden DIU subvencionados a través de médicos privados y farmacias. En Bangladesh hay planes para ensayar la venta de anticonceptivos inyectables a través de sistemas de comercialización social.

La comercialización social hace que los suministros de planificación familiar sean más fácilmente accesibles al aumentar el número y la variedad de centros de distribución donde pueden obtenerse: farmacias, almacenes, bazares, vendedores callejeros y máquinas automáticas. En Sri Lanka hay unos 6.000 distribuidores comerciales que venden preservativos y píldoras subvencionados, lo que equivale a más de cinco veces el número de centros oficiales de planificación familiar. A fines del decenio de 1970, los planes de comercialización social representaban más de 10% del uso total de anticonceptivos en Colombia, Jamaica, Sri Lanka y Tailandia. En Bangladesh, el programa de comercialización social abasteció a alrededor de una cuarta parte de las parejas que utilizaban métodos anticonceptivos en 1983; representó el 67% del empleo total de preservativos, el 12% del de anticonceptivos orales y el 70% del de espermicidas. En 1981 alrededor de la mitad de las usuarias de la píldora y el 80% de los usuarios de preservativos en Sri Lanka obtuvieron los suministros del programa de comercialización social.

Sin embargo, la dependencia de los distribuidores comerciales no quita todo el peso al sector público, que siempre tendrá que proporcionar publicidad, servicios de promoción, suministro de anticonceptivos, distribución y apoyo médico. Es necesario dar cierta capacitación a los proveedores comerciales que distribuyen anticonceptivos orales y asesoran a los clientes sobre su empleo adecuado, como se ha hecho en la República de Corea, Jamaica, Nepal y Tailandia. En caso contrario, debe organizarse algún sistema de referencia de pacientes o recetas médicas.

Aunque las subvenciones gubernamentales al comercio generalmente se proporcionan sólo para el suministro de anticonceptivos, algunos gobiernos también subvencionan la colocación de DIU, el aborto y la esterilización por médicos privados. En la República de Corea, el Gobierno ha capacitado y autorizado a más de 2 300 médicos para que pro-

porcionen servicios de planificación familiar. Paga el costo total de las esterilizaciones, pero la colocación de DIU se reparte entre el Gobierno —dos terceras partes— y el cliente que paga una tercera parte. La participación de los médicos ha sido un factor decisivo en el éxito del programa coreano, aunque en 1978 alrededor del 60% de los municipios rurales aún no contaban con un médico autorizado.

El acceso a los servicios también ha aumentado gracias a los esfuerzos de colaboración entre los gobiernos y los organismos no gubernamentales. Esta colaboración ha adoptado muchas formas: subvención de los servicios de estos organismos o donaciones a los mismos, coordinación de sus servicios y los de los gobiernos, a fin de asegurar el máximo de cobertura, y asignación a los organismos no gubernamentales de la responsabilidad con respecto a funciones o servicios básicos en algunas regiones. En Bangladesh e Indonesia, por ejemplo, los gobiernos ofrecen servicios en las zonas rurales y se encomienda a los organismos no gubernamentales proporcionar una gran parte de los servicios en los centros urbanos. Desde 1973, la Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), la asociación brasileña de planificación de la familia, ha trabajado con los gobiernos de varios estados para establecer programas comunitarios destinados a los grupos de bajos ingresos del Nordeste. El programa privado sin fines de lucro de Tailandia sirve como una extensión del servicio de salud estatal en las zonas rurales y consigue distribuidores locales que promueven la planificación familiar y venden anticonceptivos subvencionados donados por el gobierno y los organismos internacionales. A mediados de 1978 había unos 10.000 distribuidores que abarcaban una cuarta parte de los 600 distritos del país. En Kenya en 1980, los organismos no gubernamentales dirigían 374 de los 1.204 servicios rurales de salud, pero menos del 1% de los centros de estos organismos ofrecía servicios diarios de planificación familiar y sólo un 7% ofrecía servicios en jornada parcial. Un nuevo proyecto ha creado centros de planificación de la familia en por lo menos 30 de las instalaciones de los organismos no gubernamentales. Además, los representantes tanto de los gobiernos como de estos organismos participarán en el Consejo Nacional sobre Población y Desarrollo que coordinará los esfuerzos nacionales en materia de información sobre población, educación y comunicaciones.

Los gobiernos también han eliminado obstáculos legales y reglamentarios que restringen la distribu-

ción comercial. En Egipto, la venta de anticonceptivos orales en farmacias privadas no requiere la receta de un médico, aunque su entrega a través de clínicas estatales que atienden zonas rurales sí la exige. Varios países, entre ellos China, Filipinas, Marruecos, México y Tailandia, permiten que las píldoras se distribuyan en lugares distintos de las farmacias o los centros de salud. Otras opciones para estimular al sector privado incluyen la eliminación de los derechos de importación de los anticonceptivos (la República de Corea eliminó recientemente un arancel de 40% sobre las materias primas para los anticonceptivos fabricados en el país); la activa promoción gubernamental de preservativos, espermicidas y píldoras que pueden suministrarse fácilmente a través de centros comerciales de distribución, y la capacitación de farmacéuticos y médicos que con frecuencia poseen pocos conocimientos acerca de los métodos modernos de planificación familiar.

#### *El mejoramiento de la calidad*

La calidad de los servicios de planificación de la familia tiene importancia en todas las etapas de los programas. Al comienzo, los servicios son nuevos y la anticoncepción aún carece de legitimidad social. Una vez que los programas están bien establecidos y son accesibles, la calidad reviste importancia porque otros costos de la planificación familiar —como los efectos secundarios físicos— han reemplazado al acceso como factor limitador de su éxito. Tres ingredientes de la calidad —la combinación de métodos anticonceptivos, la información y la variedad de métodos para elegir y el seguimiento— han contribuido considerablemente al éxito de los programas (véase el Recuadro 7.6).

LA COMBINACION DE METODOS DE LOS PROGRAMAS. El número y las características de los métodos anticonceptivos disponibles influyen en la capacidad y la voluntad de los clientes para practicar el control de la natalidad. Es probable que la disponibilidad de opciones adicionales aumente la aceptación, permita cambiar de método y reduzca las tasas de abandono.

• Algunas mujeres tienen condiciones de salud que excluyen la utilización de ciertos métodos. Los anticonceptivos orales no deben recetarse a las mujeres de más de 40 años, a las que fuman y tienen más de 35 años, a las que están amamantando o a las que tienen un historial de apoplejías, tromboembolismo, cáncer, enfermedades del hígado o ataques al corazón, el DIU no es aconse-

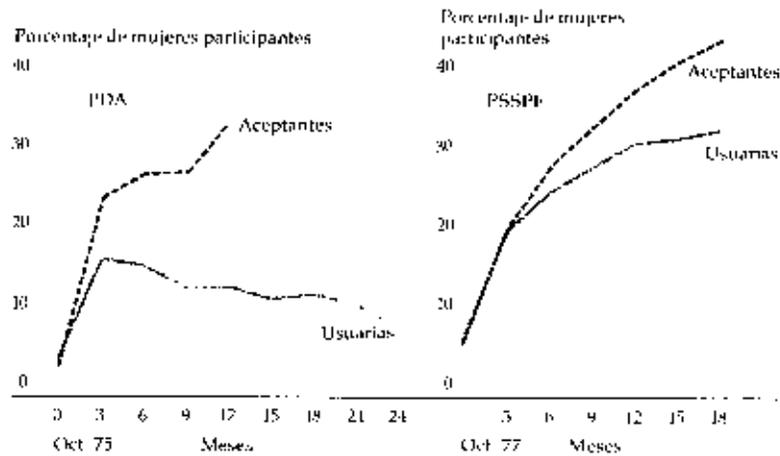
## Recuadro 7.6 El efecto de la calidad de los servicios: Matlab Thana, Bangladesh

Matlab Thana es una división administrativa de 280.000 habitantes en una zona rural de Bangladesh. La densidad de población es de cerca de 800 habitantes por kilómetro cuadrado. El transporte —principalmente fluvial— es difícil y los ingresos son bajos. Las principales actividades son la pesca y la agricultura.

Entre 1973 y 1981 el Centro Internacional de Investigaciones en Enfermedades Diarreas en Bangladesh realizó dos experimentos en Matlab Thana para medir el efecto en el uso de anticonceptivos de la disponibilidad y el acceso a los servicios de planificación familiar y su calidad. Antes de 1975 estos servicios se basaban en un centro administrado por el Gobierno en el pueblo de Matlab. Un reducido personal proporcionaba una variedad corriente de anticonceptivos y colaba DIU, pero con excepción de dos breves campañas domiciliarias realizadas en todo el país, se hacían pocos intentos para llegar hasta los aldeanos. Evidentemente había necesidades insatisfechas de anticonceptivos en todo Bangladesh. Una encuesta nacional realizada en 1968 reveló que el 55% de las mujeres casadas de las zonas rurales no deseaba tener más hijos y que el 13% consideraría la posibilidad de utilizar anticonceptivos, pero que sólo el 1,9% estaba en ese momento empleando un método.

El Programa de Distribución de Anticonceptivos (PDA). El primero de los dos experimentos, llevado a cabo entre 1975 y 1978, probó el efecto de la distribución domiciliar de anticonceptivos orales y, un año más tarde, de preservativos. Se dio a las auxiliares seis medios días de capacitación sobre la utilización adecuada de los preservativos y la pildora,

Comparación de la aceptación acumulada de anticonceptivos y las tasas de usuarias en los primeros 18 a 24 meses, en el PDA y el PSSPF



Fuente: Reimpreso con el permiso del Consejo de Población de Bhushan Bhatta y otros, "The Matlab Family Planning Health Services Project", *Studies in Family Planning*, 11, No. 6 (junio de 1980): 210.

los síntomas adversos, los efectos secundarios previsible y el simple tratamiento de los mismos. En su mayoría estas auxiliares eran mujeres mayores, viudas, que no sabían leer ni escribir y no tenían casi ninguna experiencia personal en anticonceptivos. A partir de octubre de 1975, visitaron cada unidad familiar de la zona del proyecto, que incluía 150 aldeas. Durante una visita de cinco a diez minutos de duración, explicaban a las mujeres los beneficios de espaciar y limitar los nacimientos, el empleo adecuado de la pildora y los posibles efectos secundarios. A las que demostraban interés les daban una dosis de seis meses de pildoras. Durante 30 meses, las auxiliares fueron responsables de seguir captando aceptantes, de reabastecer a las usuarias

y de asegurar en lo relativo a efectos secundarios.

La repercusión del programa fue considerable, pero de corta duración. El uso de anticonceptivos en la zona del proyecto se elevó de 1,1% a 17,9% en tres meses, pero disminuyó a 11% después de dos años. Durante el mismo período, la tasa de utilización de anticonceptivos fuera de la zona del proyecto aumentó de 2,9% a 3,8%. Después de un año, el 34% de las mujeres casadas de la zona del proyecto había aceptado el uso de anticonceptivos, pero sólo el 42% de estas mujeres continuaba utilizándolos (véase el gráfico). Unos 10 a 14 meses después de iniciado el programa, la fecundidad había disminuido en 11% a 12%, pero este efecto duró sólo un año. La reper-

table para mujeres con infecciones pelvianas o historial de embarazos extrauterinos, y a algunas mujeres no se les pueden acoplar bien los diafragmas.

- Si los efectos secundarios de un método no pueden tolerarse, la disponibilidad de otros métodos aumenta las posibilidades de que las parejas cambien de sistema en lugar de dejar por completo

de practicar la anticoncepción. Por ejemplo, en Matlab Thana (Bangladesh), el 36% de las mujeres había cambiado de método a los 16 ó 18 meses después de la aceptación inicial. Un estudio realizado en los Estados Unidos demostró que las mujeres casadas de raza blanca entre los 25 y los 39 años de edad habían utilizado un promedio de más de dos métodos; más de una tercera parte de las de

cusión limitada del proyecto se atribuyó al tratamiento deficiente de los efectos secundarios, la inadecuada capacitación del personal, la insuficiente información dada a los clientes, la limitada variedad de anticonceptivos (que desalentaban el cambio de método) y muy poca supervisión.

El Proyecto de Servicios de Salud y Planificación Familiar (PSSPF). En octubre de 1977 un segundo experimento también ensayo la distribución domiciliar de anticonceptivos, pero con una mejor calidad de los servicios. Se contrató localmente a mujeres auxiliares de las aldeas que recibieron siete semanas de capacitación antes de entrar en servicio y sesiones semanales de capacitación en el servicio, habían leer y escribir, eran casadas y con hijos, tenían experiencia en anticonceptivos y provenían de familias respetadas. Ochenta auxiliares — una por cada 1.000 personas — recibieron supervisión técnica y apoyo médico de cuatro clínicas dotadas de personal paramédico femenino calificado y supervisión administrativa de un auxiliar de salud de nivel superior.

Este proyecto proporcionó servicios generales destinados a las necesidades especiales de cada cliente actual y posible. Los métodos ofrecidos incluían no sólo píldoras y preservativos, sino también tabletas espumantes y anticonceptivos inyectables. Además, se enviaba a las mujeres a los centros donde podían realizarse tubectomías, colocación de DIU y regulación menstrual, y los maridos sometirse a vasectomías. Todas las unidades familiares se visitaban una vez cada 15 días, independientemente de si las parejas estaban utilizando métodos

anticonceptivos. Los efectos secundarios se trataban prestando apoyo, cambiando de método con frecuencia y enviando a los pacientes a tratamiento. Las auxiliares también ofrecían aspirinas, vitaminas y tabletas de hierro, obteniendo así acceso a las familias que anteriormente habían rechazado la planificación familiar.

En los primeros tres meses, el uso de anticonceptivos en la zona del proyecto se elevó de 7% a 21%. Sin embargo, a diferencia de la tendencia en el PDA, la tasa continuó aumentando lentamente hasta llegar a 34%. Las tasas de continuidad mejoraron espectacularmente: después de un año, el 39% de las mujeres participantes en el programa había aceptado el uso de anticonceptivos y el 81% continuaba empleándolos (véase el gráfico). Durante los dos primeros años del proyecto, la fecundidad disminuyó en 22% a 25% en comparación con las aldeas fuera de la zona del proyecto. Después de estabilizarse durante tres años en 34%, el uso de anticonceptivos comenzó de nuevo a elevarse y actualmente es de 41%, casi exclusivamente de métodos modernos. El anticonceptivo inyectable, Depo-Provera, representa casi la mitad de los anticonceptivos utilizados. En el resto del país en 1983, solamente el 14% de las mujeres utilizaba métodos anticonceptivos modernos. El toxido del látex y la terapia de rehidratación oral se han agregado al conjunto de servicios del proyecto de Matlab pero aparentemente no fueron responsables del aumento del uso de anticonceptivos.

*Possibilidad de rejección.* El PSSPF ha sido sumamente eficaz para aumentar la utilización de anticonceptivos en las con-

diciones típicas de las regiones rurales de Bangladesh, pero puede ser difícil repetirlo en una escala mayor, debido a que en él fue posible utilizar recursos adicionales no disponibles en el programa nacional de planificación familiar. Por ejemplo, aunque las visitadoras del proyecto reciben salarios equivalentes a los de los auxiliares del programa nacional, los salarios de los supervisores son mucho más altos. El proyecto también utilizó costosas lanchas de motor para trasladar a los supervisores y al personal de investigación dentro de la zona. Además, la administración estaba descentralizada en un grado que rara vez se encuentra en los programas nacionales. Gran parte del mérito por el éxito del programa debe atribuirse a la estructura administrativa y orgánica, que garantizó la supervisión rigurosa y eficaz, la responsabilidad de los auxiliares, la continua capacitación, el eficiente mantenimiento de registros y la constante información de los auxiliares.

El Gobierno de Bangladesh y el Centro Internacional han iniciado actualmente un proyecto de extensión para transferir algunas de las técnicas administrativas del proyecto de Matlab a los auxiliares de salud y planificación familiar del Gobierno en varias zonas del norte de Bengala y también para medir el efecto de estos cambios en la fecundidad, la mortalidad y la utilización de anticonceptivos. El proyecto efectuará cambios mínimos en la estructura existente del programa y no habrá aportaciones especiales, aparte de las relacionadas con la capacitación, el fortalecimiento institucional y la investigación.

25 a 29 años había empleado tres o más.

- En las preferencias de las parejas influyen sus metas de fecundidad; el aplazamiento de un primer nacimiento, el espaciamiento de los nacimientos o la limitación del tamaño de la familia. Las mujeres que utilizan la píldora suelen ser más jóvenes y haber tenido menos hijos que las protegidas por la esterilización; muchas de las primeras

espacian los nacimientos mientras que las últimas han completado sus familias.

- Algunos métodos de control de la fecundidad pueden ser inaceptables por motivos religiosos o culturales. Dos quintas partes de los países, que abarcan al 28% de la población mundial, o prohíben el aborto por completo o lo permiten sólo para salvar la vida de la madre. Por razones reli-

gias, la esterilización es ilegal en varios países. Cuando las parejas consideran la continencia periódica como la única forma aceptable de control de la natalidad, los programas deben proporcionar información sobre el momento oportuno para practicarla, aunque este método tiene riesgos más elevados de embarazos no deseados.

Debido a la falta absoluta de opciones, los primeros programas de planificación familiar ofrecían sólo una variedad limitada de métodos anticonceptivos. A fines del decenio de 1950 y principios del de 1960, el programa de la India tenía que depender de métodos como la continencia periódica, los diafragmas y los preservativos. En la actualidad, la mayoría de los programas nacionales ofrecen una variedad más amplia de métodos, aunque el número disponible en un centro de distribución dado es a menudo menor del que cabría suponer según las informaciones oficiales. Algunos gobiernos todavía fomentan un solo método porque ese sistema es más fácil de administrar o porque algunos métodos, como la esterilización y el DIU, se consideran más "eficaces" y requieren menos seguimiento a largo plazo que otros. Por ejemplo, en la República de Corea, India y Sri Lanka se sigue haciendo hincapié en la esterilización. Hasta hace poco, en Indonesia se había fomentado casi exclusivamente la píldora, pero ahora se está dando más importancia al DIU.

Las limitaciones del suministro también limitan la disponibilidad de diferentes métodos. La mayoría de los anticonceptivos son importados y los donantes los proporcionan a menudo en forma gratuita o a bajo costo; la República de Corea, China y la India, que fabrican la mayoría de sus propios anticonceptivos, son excepciones importantes. La dependencia sobre todo de un donante puede causar problemas, dado que algunos pueden facilitar sólo ciertos tipos de anticonceptivos. La Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de los Estados Unidos no puede legalmente financiar la capacitación o los servicios relacionados con el aborto y no financia el Depo-Provera, un anticonceptivo inyectable, debido a que su utilización no está aprobada en los Estados Unidos. En razón del número limitado de donantes que suministran anticonceptivos inyectables, en Tailandia casi se agotaron las existencias en 1982, planteando la posibilidad de que muchos clientes tuvieran que cambiar de método o abandonar la anticoncepción por completo. También surgen dificultades si los donantes cambian de proveedores, dado que la composición hormonal de los anticonceptivos orales cambia según el fabricante. Otros

factores que restringen la combinación de métodos son la escasez de personal calificado para realizar esterilizaciones, el transporte y la logística deficientes para el reabastecimiento oportuno y las grandes distancias que los clientes tienen que viajar para obtener algunos métodos.

A fin de mejorar la combinación de métodos de los programas, la esterilización masculina y femenina y los DIU pueden suministrarse más fácilmente a través de servicios móviles (como los furgones de esterilización en Tailandia) o "campamentos" periódicos (como los campamentos de vasectomía y tubectomía en la India y los "safaris" de DIU en Indonesia). Ahora bien, debe prestarse cuidadosa atención a los servicios de seguimiento en caso de complicaciones. Puede capacitarse a los auxiliares paramédicos para proporcionar el DIU y los anticonceptivos inyectables en las clínicas e incluso en los hogares. Los procedimientos de referencia de pacientes pueden fortalecerse, a fin de que los clientes estén informados acerca de todos los métodos disponibles en establecimientos públicos, privados y comerciales. Se puede alentar a los proveedores privados a ofrecer métodos anticonceptivos que son escasos o que no pueden ofrecerse a través del programa oficial. Finalmente, los gobiernos pueden auspiciar la investigación local sobre la eficacia, los efectos secundarios y la aceptabilidad de los métodos que podrían introducirse en el programa nacional.

**SELECCION BIEN FUNDADA.** Aunque los auxiliares de planificación familiar pueden saber más acerca de las ventajas y desventajas de cada método, los clientes están en mejores condiciones para escoger lo que les conviene, siempre que tengan información sobre la eficacia, los efectos secundarios, la reversibilidad y el uso adecuado de cada uno. En las primeras etapas de los programas de la India y Pakistán, no se explicaban completamente los efectos secundarios del DIU, no se realizaba un examen médico antes de su colocación y era poco lo que se ofrecía en cuanto a tratamiento o referencia de pacientes en caso de efectos secundarios. Como consecuencia, los DIU se evitaron después durante años. Con una explicación más completa de los efectos secundarios y mayor atención prestada a los exámenes y el apoyo médico, el DIU está de nuevo ganando en popularidad. Cuando las farmacias privadas de Colombia proporcionaron a sus clientes folletos explicando la eficacia, el empleo adecuado y los efectos secundarios de los anticonceptivos, aumentaron sus ventas.

Prácticamente todos los programas de planifica-

ción de la familia proporcionan cierta información a los clientes acerca de los métodos, pero una elección cabalmente fundamentada sigue aún siendo un ideal en muchos países. Los auxiliares de planificación familiar todavía tienden a dudar de la capacidad de las parejas para utilizar con eficacia métodos como los preservativos y la píldora, desalentando de esta manera su uso. También es posible que el personal no mencione métodos que ellos desaprobaban, como la píldora, el aborto o la esterilización. Cuando se ofrecen incentivos al personal para conseguir aceptantes de algunos métodos pero no de otros, la información dada a los clientes puede ser sesgada. Algunas veces se facilitan informaciones inexactas e incompletas a los clientes porque el propio personal de planificación familiar no está informado adecuadamente acerca de los métodos y sus efectos secundarios. Una encuesta realizada en Filipinas, Kenya y la República Dominicana por el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP) a mediados del decenio de 1970 comprobó que los auxiliares estimaban que su capacitación en los métodos había sido insuficiente. Un estudio llevado a cabo en la República de Corea, Filipinas, India y Turquía demostró la fuerte influencia de los proveedores de servicios en la elección del método de los clientes; los que recibían una explicación completa de todos los métodos anticonceptivos disponibles escogían una combinación muy diferente de métodos que los clientes antes del estudio, que no habían recibido esta información.

Desde el punto de vista de los administradores, ¿cuáles son los requisitos fundamentales de una mejor información? En primer lugar, la capacitación adecuada. Los auxiliares deben recibir capacitación para explicar apropiadamente los métodos disponibles a los clientes y alentarlos a participar en la elección. La explicación informal resulta más eficaz que las presentaciones formales que utilizan términos técnicos o anatómicos. A medida que se incluyen nuevos métodos anticonceptivos en los programas, el personal debe recibir prontamente capacitación sobre ellos. En segundo lugar, más y mejor supervisión de los auxiliares, a fin de asegurarse de que no retienen información sobre algunos métodos debido a sus propios prejuicios o porque reciben incentivos financieros para alentar el empleo de unos métodos pero no de todos. La estructura de los incentivos también podría modificarse, ofreciendo recompensas financieras o de otro tipo (como oportunidades educacionales o capacitación adicional) al auxiliar que atrajera y

retuviera el mayor número de clientes que empleasen una variedad de métodos.

**EL SEGUIMIENTO DE LOS ACEPTANTES.** En sus primeras etapas, los programas de planificación familiar dedicaban mucho tiempo a conseguir nuevos clientes. Ahora es evidente que el uso continuado no puede darse por sentado y que se requiere el apoyo del seguimiento. Este incluye servicios médicos y de referencia en caso de efectos secundarios; el estímulo para cambiar de método anticonceptivo si la elección inicial ha causado problemas o si han cambiado las necesidades de los clientes; dar seguridades a éstos de que están utilizando adecuadamente los anticonceptivos, y recordarles los beneficios respectivos.

El seguimiento tiene importancia sobre todo en los primeros meses después de la aceptación, puesto que ésta es la época en que primero se sienten los efectos secundarios y cuando los clientes están aprendiendo a utilizar adecuadamente los métodos y requieren apoyo ante la desaprobación social. Un estudio realizado en el estado de Calabar, en Nigeria, encontró que el 11% de las aceptantes de la píldora nunca llegaron a tomar siquiera la dosis del primer mes, y sólo el 53% la seguía tomando tres meses después. Se cree que la falta de interés en el seguimiento es la principal causa de las bajas tasas de continuidad de los usuarios del DIU y de la píldora en la República de Corea. Según una encuesta de aceptantes de anticonceptivos, se siguió controlando en los hogares — o volvió a los centros de salud para consultas respecto a efectos secundarios— sólo el 24% de los participantes. El programa coreano fija metas para el número de aceptantes, pero no para la labor de seguimiento.

El control posterior no puede dejarse en manos de los clientes, que posiblemente volverán al centro de planificación familiar sólo si viven cerca o si experimentan graves efectos secundarios que no pueden corregir incluso dejando de usar el anticonceptivo. El seguimiento es mejor si está a cargo de los visitantes y los servicios con base en la comunidad. Pero en las zonas donde la planificación de la familia aún se mira con desconfianza, algunos clientes desearían que se les evitara la experiencia turbadora de una visita de seguimiento de un auxiliar de planificación familiar. Algunos programas han logrado esto haciendo que los visitantes también proporcionen servicios de salud.

Con o sin una red extensa de visitantes, los programas de planificación familiar pueden mejorar el seguimiento.

- Pueden modificar las políticas que estimulan al personal a conseguir nuevos aceptantes pero no a seguirlos controlando. Las metas y los incentivos se pueden ofrecer al personal sobre la base del número de usuarios actuales de anticonceptivos o el número de chequeos médicos, en lugar de depender solamente del número de nuevos aceptantes. La capacitación debe también hacer hincapié en los procedimientos de seguimiento.

- En los casos en que el peso del seguimiento recaer en los clientes, los programas pueden ensayar diversas maneras de estimularlos a pedir citas para control. Por ejemplo, podrían ofrecerse incentivos financieros a los clientes que volvieran a una visita de control dentro del periodo especificado de tiempo, del mismo modo que los programas de Asia Meridional que compensan a los que aceptan la esterilización por los costos de transporte, alimentos y tiempo de trabajo perdido. También pueden utilizarse los medios de comunicación para dar seguridades a los aceptantes acerca de los efectos secundarios y alentarlos a que vuelvan para chequeos de control.

- La calidad del seguimiento puede supervisarse mediante encuestas periódicas de muestreo de los aceptantes.

#### *El logro de la aceptabilidad social*

Para que los programas de planificación familiar tengan éxito, deben contar con el apoyo de los clientes y las comunidades que atienden. Pero en las comunidades donde nunca se han proporcionado servicios modernos de esta índole, puede haber poca demanda evidente debido a que los posibles clientes no conocen los beneficios del servicio, o de las familias más pequeñas, o de los intervalos más largos entre los nacimientos. Los servicios introducidos por un organismo "forastero" con pocos vínculos locales y escasa apreciación de las costumbres y necesidades locales pueden no ser fácilmente aceptados. La falta de vínculos con la comunidad local puede ser una falla en particular para la planificación familiar, en razón de que es un asunto personal y puede ser contrario a las normas sociales que favorecen una elevada fecundidad.

Las asociaciones privadas de planificación familiar y las organizaciones no gubernamentales han ido a la cabeza en cuanto a ensayar nuevos medios para hacer que participen los clientes y las comunidades. Sus estrategias han incluido consultas con los dirigentes locales, capacitación de personas de la comunidad como auxiliares pagados o

voluntarios, consultas a parteras tradicionales y curanderos, y capacitación de estas personas, establecimiento de comités de administración y consulta locales, estímulo de las contribuciones locales en dinero y mano de obra y organización de grupos de aceptantes de planificación familiar que refuercen la práctica eficaz de la anticoncepción y se dediquen a otros proyectos de desarrollo de la comunidad.

En las comunidades donde no hay una demanda evidente de planificación familiar, ésta puede introducirse en conjunto con servicios que tienen mayor demanda. La Asociación de Planificación de la Familia en Honduras incluye un tema de paternidad planificada en su programa de alfabetización de adultos con base en las comunidades. En Awutu (Ghana) se fomenta la planificación de la familia para fines de espaciamiento de los nacimientos como parte del proyecto de salud maternoinfantil. La planificación familiar se proporciona junto con la extensión agrícola en una población de 100.000 habitantes en Allahabad (en el estado de Uttar Pradesh, en la India) y como parte del proyecto nacional de desarrollo rural integrado en Pakistán. Se ha ofrecido a través de planes de reasentamiento del Organismo Federal de Desarrollo Territorial en Malasia y a través de las cooperativas de crédito rural de mujeres y la capacitación vocacional en Bangladesh. Profamilia, la organización privada de planificación familiar de Colombia, amplió sus servicios a las zonas rurales a través de la Federación Nacional de Cafeteros. En China, Filipinas y la India, los servicios de planificación de la familia están organizados en las fábricas. Los programas de Indonesia y de China han utilizado ambas sólidas organizaciones políticas, que se extienden a las zonas rurales, para proporcionar muchos servicios económicos y sociales, incluida la planificación familiar.

Las asociaciones privadas de planificación de la familia son adecuadas para aplicar estos enfoques: son pequeñas, descentralizadas, bien dotadas de personal y sumamente motivadas; tienen mayor control sobre la calidad de los servicios, y están menos restringidas por los requisitos burocráticos de los gobiernos. Pero muchos de estos enfoques también se han ensayado en una escala mayor. Por ejemplo, la Federación de Planificación de la Familia de la República de Corea inició el programa del club de madres, que tuvo un gran éxito. Al principio, estos clubes servían como centros de distribución de anticonceptivos, ofrecían seguridades a las aceptantes y difundían información acerca de los beneficios de la planificación familiar. Actualmente

se han fusionado con la Asociación de Mujeres de Saemaul y participan también en cooperativas agrícolas y proyectos de construcción en las comunidades. Los clubes de madres también se han utilizado en los programas de Indonesia y Bangladesh. El programa nacional de Indonesia ha tenido éxito en hacer que participen los jefes de las aldeas, los dirigentes religiosos y los voluntarios locales en las islas de Java y Bali, donde viven más de dos terceras partes de los habitantes del país. En Filipinas se han organizado algunos centros de distribución de anticonceptivos que son dirigidos por voluntarios locales.

En los casos en que participan las comunidades y los clientes, es menos probable que se considere la planificación de la familia como algo impuesto por forasteros. La utilización de parteras tradicionales y voluntarios, y las contribuciones locales en dinero o en especie también reducen el costo de los servicios. Pero estas estrategias requieren ciertas cualidades administrativas que no siempre se encuentran en los programas públicos de mayor convergadura: la facultad decisoria descentralizada; los conocimientos técnicos y organizativos para dar apoyo a organizaciones locales, voluntarios y clientes; los administradores calificados y los visitantes que pueden identificar a los dirigentes locales, estimular las actividades comunitarias, supervisar a los voluntarios y conciliar las necesidades locales con las capacidades del programa; y, en ocasiones, auxiliares que sean técnicamente competentes en más de una esfera. Por último, la aceptación social de la planificación familiar toma tiempo y es un proceso continuo. No existe un punto de referencia para medir la aceptabilidad social o una fórmula fácil para asegurarla.

### Financiamiento de la planificación familiar

Los programas oficiales de planificación familiar, al igual que los de educación y salud, están fuertemente subvencionados, y los servicios a menudo se ofrecen en forma gratuita. Aunque el sector privado contribuye de manera importante al suministro de servicios en algunos países, los fondos públicos continuarán siendo decisivos, en especial en países de bajos ingresos y en regiones atrasadas, donde la demanda de anticonceptivos es limitada y los servicios de salud son débiles.

#### *El gasto público*

China e India —los dos países más populosos del mundo en desarrollo, con aproximadamente la

mitad de su población— gastaron aproximadamente \$1,00 y \$0,30 per cápita, respectivamente, en sus programas de población en 1980. En la mayoría de los 36 países en desarrollo sobre los que se dispone de estimaciones aproximadas, los gastos estuvieron dentro de esta variación (véase el Cuadro 7.4). Suponiendo que otros países en desarrollo con programas similares gastaron sumas equivalentes, el total gastado en actividades de población en todos los países en desarrollo en 1980 debe haber sido de alrededor de \$2 000 millones.

Prácticamente todo el gasto en cuestiones de población en China, y cerca del 80% del total en la India, se financian con recursos internos. En todos los demás países en desarrollo combinados, los gobiernos y los donantes externos contribuyen cada uno con alrededor del 50%. La participación de los gobiernos tiende a elevarse mientras más tiempo ha estado en marcha un programa. Tres de cada cuatro países con programas de menos de cinco años de antigüedad financiaban menos del 10% de los costos de sus programas, en contraste con un promedio de 54% entre 27 países con programas de diez años de antigüedad como mínimo. Nepal es una de las raras excepciones: la participación del financiamiento del Gobierno descendió de 80% de sus gastos en población en 1975 a 40% en 1980.

Incluso entre los programas bien establecidos hay una amplia variación en los gastos públicos. Se estima que los desembolsos presupuestarios internos en 1980 fueron de \$0,42 per cápita en Sri Lanka, cerca de \$0,71 per cápita en la República de Corea y \$1,45 per cápita en Costa Rica. Pero estas estimaciones probablemente subestiman la verdadera contribución gubernamental. El costo de los auxiliares de salud, cuyas funciones a menudo incluyen la planificación de la familia, no siempre se imputa al programa de población, como tan poco las contribuciones de los gobiernos locales.

La estimación correspondiente a China de \$1 per cápita incluye la suma gastada por los niveles oficiales del Gobierno —central, provincial, de prefectura y de condado— en el suministro de anticonceptivos gratuitos a los usuarios; en el reembolso de los gastos por esterilización, aborto y colocación de DIU, y en la capacitación y la información sobre planificación familiar. Estos costos ascienden a \$213 millones anualmente, o sea, cerca de \$0,21 per cápita. Además, el sistema colectivo rural financia los costos del personal de planificación familiar a nivel de comuna o brigada (a un costo estimado de \$0,34 per cápita) y paga los incentivos, en forma de suplementos alimentarios y reembolso

CLADRO 7.4

## Gastos públicos en programas de población, países seleccionados, 1980

<i>Regiones y países</i>	<i>Gastos públicos totales (millones de dólares)</i>	<i>Gastos públicos per cápita (dólares)</i>	<i>Gastos por usuario actual de anticonceptivos (dólares)</i>
<b>Africa al Sur del Sahara</b>			
Ghana	2,8	0,24	16
Kenya	11,8	0,71	68
Liberia	2,3	1,22	a
Mauricio	1,7	1,81	24
Sierra Leona	1,5	0,44	a
Swazilandia	1,8	2,89	a
Tanzania	3,3	0,18	a
Zaire	1,8	0,06	a
Zimbabwe (1978)	1,9	0,27	13
<b>Oriente Medio y Norte de Africa</b>			
Egipto, Rep. Árabe de	34,1	0,81	22
Irán, Rep. Islámica del (1976)	50,6	1,30	38
Jordania	2,5	0,78	21
Marruecos	13,3	0,66	a
Túnez	8,3	1,31	32
<b>Asia Meridional</b>			
Bangladesh	43,1	0,51	26
India	226,9	0,34	10
Nepal	10,6	0,72	69
Pakistan	24,5	0,30	33
Sri Lanka	6,2	0,42	7
<b>Asia Oriental</b>			
Corea, Rep. de	27,1	0,71	9
China	979,6	1,06	10
Filipinas	37,6	0,78	11
Hong Kong	2,0	0,40	3
Indonesia	86,2	0,39	11
Malasia	16,4	1,18	19
Singapur	1,8	0,74	7
Tailandia	28,1	0,60	7
<b>América Latina y el Caribe</b>			
Bolivia (1977)	0,1	0,03	a
Brasil	60,6	0,09	a
Colombia	8,1	0,31	4
Costa Rica	3,3	1,45	15
Ecuador	6,3	0,75	15
El Salvador	8,1	1,77	35
Guatemala	9,3	1,28	47
Haití	3,9	0,77	27
Honduras	3,0	0,81	20
Jamaica	4,8	2,19	27
México	61,3	0,88	15
Panamá	4,4	2,42	26
Paraguay	2,1	0,69	13
Perú	5,0	0,32	5
República Dominicana	3,8	0,76	11

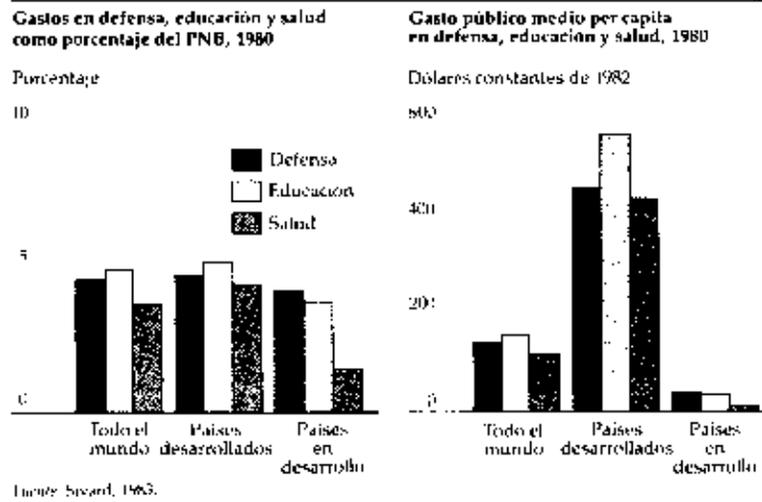
*Nota.* Los gastos incluyen el financiamiento de fuentes internas y externas para actividades de población, comprendidos los servicios de planificación de la familia (pero sin limitarse a ellos).

a. No se dispone de datos sobre el uso de anticonceptivos a éste es cercano a cero.

*Fuente:* Bulatao, 1984a.

## Recuadro 7.7 Los gastos militares frente a los gastos sociales

Los gastos militares no son fáciles de medir. Las estimaciones disponibles indican que los gastos militares mundiales en dólares constantes de 1982 se han elevado de \$300.000 millones a más de \$600.000 millones en los últimos 20 años. La cantidad gastada en el mundo en desarrollo se ha cuadruplicado desde \$30.000 millones a más de \$138.000 millones. En 1981, los países desarrollados gastaron más de 4,9% del PNB en defensa, y alrededor de 0,3% del PNB en ayuda a los países en desarrollo. En 1980, los Estados Unidos gastaron el 5,6% de su PNB en defensa —casi \$170.000 millones— y 0,28% —\$8.200 millones— en ayuda. En los países en desarrollo se gasta casi tanto en defensa como en los sectores de educación y salud combinados (véase el gráfico).



de gastos de viaje, a los que acreditan tener un solo hijo (\$0,25 per cápita) y a las personas que se someten a la esterilización (\$0,15 per cápita). Finalmente, los "médicos descalzos" dedican tiempo adicional al trabajo de planificación de la familia (aunque no mucho: en la provincia de Shandong asignan un promedio de 1,5% de su tiempo a esa tarea, lo que se valora en aproximadamente \$3 millones); los auxiliares de salud y las parteras probablemente dedican más tiempo a actividades de esta índole. Si se suman todas estas contribuciones, se llega a una cifra de gastos en planificación familiar en China de casi \$1 per cápita.

Aunque los gobiernos financian una gran parte de sus programas de población, las cantidades gastadas son todavía insignificantes, tanto en términos absolutos como en relación con otras partidas de gastos públicos (véase el Recuadro 7.7). En China, el presupuesto estatal para el programa de planificación familiar absorbe sólo el 0,4% de los gastos ordinarios totales, en comparación con el 5,2% para salud y el 13,1% para educación. En la India y Mauricio, los gastos en planificación familiar en 1981 representaron sólo el 0,5% del gasto público total. Las cifras son aún más bajas en la República de Corea (0,2%) y en Malasia (menos de 0,1%).

Los donantes extranjeros gastaron una cifra estimada de \$491 millones en programas de población

en los países en desarrollo en 1981; cerca de dos terceras partes de esta cantidad se dedicó a programas de planificación familiar y otros conexos. En términos reales, la asistencia en materia de población aumentó en casi 6% al año durante los años setenta, pero descendió un 3% en 1980 y un 6% en 1981. Las perspectivas de que aumente la asistencia no son buenas; el FNUAP, que es un cauce importante de la asistencia en la esfera de la población, prevé que sus gastos apenas aumentarán en 1% en los próximos cuatro años. La asistencia de los donantes se analiza en más detalle en el próximo capítulo.

### El gasto privado

Hay importantes restricciones que limitan el incremento del suministro privado de servicios de planificación familiar, en especial en las zonas rurales. La restricción más grave es la necesidad de apoyo médico para proporcionar los anticonceptivos. Si bien las reglamentaciones respecto a las recetas médicas se han liberalizado en 19 países, el suministro de preservativos y anticonceptivos orales a través de proveedores extralínicos como farmacias, la demanda de DIU, la esterilización masculina y femenina y el aborto pueden satisfacerse sólo mediante auxiliares capacitados de salud. Muy pocos de ellos trabajan en el sector

### El uso de anticonceptivos en mujeres actualmente casadas de 15 a 44 años y sus esposos, por fuentes

(Distribución porcentual de los actuales usuarios de anticonceptivos)

Región y país	Programas oficiales	Otros programas con financiamiento oficial o subvencionados	Sector privado	Ninguna fuente u otra distinta <sup>a</sup>
Asia Oriental				
Corea, Rep. de (1979)	36	0	42	22
Tailandia (1978)	37	35	18	10
América Latina y el Caribe				
Brasil				
Piauí (1979)	59	0	23	18
São Paulo (1978)	16	0	63	21
Bahía (1980)	27	1	48	24
Rio Grande do Norte (1980)	57	0	22	21
Columba (1978)	21	27	33	19
Costa Rica (1978)	57	0	28	15
El Salvador (1978)	73	8	12	6
Guatemala (1978)	44	11	26	18
Jamaica (1979)	63	27	7	3
México (1978)	42	7	36	20
Panamá (1970-80)	71	0	19	10
Paraguay (1977)	41	8	28	22
Norte de África				
Tunez				
Jendouba (1979)	91	0	5	4

a. Se aplica a los métodos de continencia periódica o coito interrumpido; otras fuentes pueden ser los anticonceptivos que se consiguen a través de un amigo o en un país extranjero.

Fuentes: Morris y otros, 1981; Merrick, 1984.

privado. Por añadidura, el costo de proporcionar servicios de planificación familiar es elevado en las zonas rurales y en las urbanas marginales, en tanto que la capacidad para pagar servicios comerciales es baja. Los proveedores privados no pueden apelar al interés nacional, como pueden hacerlo los gobiernos para estimular la demanda de anticonceptivos, y no pueden utilizar las instituciones comunitarias y las presiones para extender la planificación familiar. Por último, el incremento del suministro privado a menudo está inhibido por una combinación de políticas gubernamentales, que incluyen los controles de precios, la prohibición de importar anticonceptivos o los derechos de importación de éstos y las restricciones con respecto a determinados tipos de servicios de planificación familiar, especialmente la esterilización y el aborto en países islámicos y católicos.

No obstante estas restricciones, los proveedores privados proporcionaron más del 20% de todos los servicios de planificación familiar en más de dos tercios de los países estudiados en encuestas recientes (véase el Cuadro 7.5). En algunos

países desempeñaron una función importante, e incluso dominante, especialmente entre los consumidores urbanos. En la República de Corea, el 42% de todos los usuarios de anticonceptivos son abastecidos por farmacias o médicos; en el estado de São Paulo, en el Brasil (país que tiene algunos programas estatales, pero ninguno del Gobierno central), la proporción alcanza a ser hasta de 63%.

En consecuencia, el gasto privado por concepto de servicios de planificación de la familia equivale a cerca de una cuarta parte del gasto público en el mundo en desarrollo. En algunas regiones es aún mayor, en América Latina puede de hecho ser ligeramente superior al gasto público.

En las zonas urbanas cabe que algunos proveedores comerciales sean desplazados por los anticonceptivos subvencionados por el sector público; la mitad de los usuarios iniciales de un programa oficial de anticonceptivos orales en el estado de Piauí, en el Brasil, en 1979 provenían del sector privado. A pesar de todo, los proveedores privados se benefician de la publicidad sobre planificación familiar financiada por el sector público.

Probablemente no es una coincidencia que prosperen en varios países, como la República de Corea, México y Tailandia, donde los gobiernos apoyan vigorosamente el control de la natalidad.

Las actividades de los proveedores privados demuestran que en los países en desarrollo hay muchas personas dispuestas a pagar los servicios de anticoncepción. Aunque los precios de los servicios subvencionados por el sector público en general son bajos o nulos, los datos correspondientes a 20 países en desarrollo muestran que los precios del sector privado pueden ser lo bastante altos como para absorber una fracción importante del ingreso familiar. El costo de una dosis anual de anticonceptivos orales era como promedio de \$25 en 1980, variando desde \$5 en México y \$6 en Egipto hasta \$90 en Nigeria. En todos los países en general, las diversas formas de anticonceptivos cuestan como promedio \$20 a \$40 al año.

En los países en desarrollo económicamente más avanzados, los costos de comprar los anticonceptivos en el comercio son pequeños en relación con el ingreso medio per cápita (aunque en estos países el costo puede ser relativamente alto para los pobres). Por ejemplo, el precio al por menor de un año de suministro de anticonceptivos orales en 1979 equivalía a sólo 0,3% del ingreso per cápita en México y a 0,5% en el Brasil. Pero en los países de bajos ingresos los costos pueden ser prohibitivos, por ejemplo, equivalentes a 17% del ingreso per cápita en Bangladesh y 18% en Zaire, es decir, cerca de 3% del ingreso total de una familia media. Todas estas cifras subestiman el costo real de obtener servicios de planificación familiar, ya sean privados o públicos, ya que las personas también tienen que pagar por el tiempo y el viaje necesario para obtener los anticonceptivos.

En la República de Corea, cerca de 1,2 millones de usuarios compraron anticonceptivos en el comercio en 1979 a un costo anual medio de cerca de \$12, lo que representa un desembolso total de \$15 millones, es decir, alrededor de \$0,40 per cápita para toda la población coreana y equivalente a aproximadamente \$0,42 per cápita del presupuesto gubernamental, excluidas las contribuciones de los donantes extranjeros. En Perú, unos 300.000 usuarios de distribuidores comerciales de anticonceptivos gastaron un promedio de \$30 cada uno en 1981, cifra varias veces mayor que la del gasto público por ese concepto. Un gasto privado de esta magnitud —que subestima el total porque excluye los costos de acceso— no es típico de todos los países en desarrollo, pero demuestra la disposición generalizada a pagar por los anticonceptivos.

### *La asignación de los gastos públicos*

La mayor parte de los gastos públicos en actividades de población —casi el 50% en 17 países que notifican detalles de gastos— se destina directamente a proporcionar servicios de anticoncepción. Cantidades progresivamente más pequeñas se gastan en administración general de los programas, actividades de información, educación y comunicaciones, investigación y evaluación, y capacitación del personal.

Cuando se toman en cuenta todos los gastos públicos en planificación de la familia, el promedio alcanza a cerca de \$0,70 per cápita en todos los países en desarrollo. Los gastos por cada usuario de anticonceptivos son mucho más altos: alrededor de \$21 al año. Pero la mayoría de los usuarios están en China e India, donde los programas gastan menos por usuario, de modo que el promedio ponderado es más bajo: \$11. Si se agregan los gastos privados, los costos por usuario podrían fácilmente elevarse al doble. El costo público por usuario varía entre los países, como se observa en el Cuadro 7.4, y depende de muchos factores, entre ellos los sueldos locales y la eficiencia y calidad de los programas.

El costo por usuario tiende a ser muy alto en los primeros años de un programa de planificación familiar, después desciende bruscamente a medida que el empleo de anticonceptivos supera el 5%. A tasas más altas, el costo por usuario tiende a estabilizarse, o tal vez a elevarse ligeramente. Entre 1965 y 1980, mientras que el empleo de anticonceptivos en la República de Corea se elevaba de 12% a 30%, el costo por usuario fluctuó (con poca tendencia evidente) entre \$7 y \$13 (en dólares constantes de 1982).

En cualquier país donde el uso de anticonceptivos es de por lo menos 5%, el costo corriente por usuario es una guía conservadora de los costos a niveles más elevados de uso. Los costos marginales podrían aumentar si los nuevos usuarios viven en zonas rurales inaccesibles con altos costos de prestación de servicios, aunque podrían también disminuir si los servicios se utilizan más intensivamente.

### *Necesidades financieras futuras*

¿Cuánto costaría hacer frente a la necesidad insatisfecha de limitar los nacimientos? Es posible formarse alguna idea extrapolando a todo el mundo en desarrollo los niveles de necesidad insatisfecha —es decir, la proporción de mujeres

## Metas de fecundidad y estimaciones de gastos en programas de población, 1980 y 2000

Región y situación	Año	Metas de fecundidad		Gastos	
		Tasa total de fecundidad	Tasa de uso de anticonceptivos (%)	Per cápita (dólares constantes de 1980)	Total (millones de dólares constantes de 1980)
Todos los países en desarrollo					
Estimación actual	1980	4,36	39	0,62	2,016
Con necesidad insatisfecha atendida	1980	3,54	52	0,90	2,961
Con declinación estándar	2000	3,30	58	1,14	5,569
Con declinación rápida	2000	2,32	72	1,66	7,591
África al sur del Sahara <sup>a</sup>					
Estimación actual	1980	6,59	11	0,29	712
Con necesidad insatisfecha atendida	1980	6,03	20	0,76	297
Con declinación estándar	2000	5,81	74	1,07	791
Con declinación rápida	2000	2,69	73	3,72	2,353
Oriente Medio y Norte de África					
Estimación actual	1980	5,70	24	0,16	142
Con necesidad insatisfecha atendida	1980	4,98	35	1,04	222
Con declinación estándar	2000	3,73	59	1,94	726
Con declinación rápida	2000	2,39	74	2,43	812
Asia Meridional <sup>b</sup>					
Estimación actual	1980	5,27	20	0,35	315
Con necesidad insatisfecha atendida	1980	4,15	38	0,77	688
Con declinación estándar	2000	3,43	51	1,10	1,517
Con declinación rápida	2000	2,42	67	1,50	1,873
Asia Oriental					
Estimación actual	1980	3,02	61	0,87	1,238
Con necesidad insatisfecha atendida	1980	2,27	72	1,04	1,480
Con declinación estándar	2000	2,28	75	1,09	2,022
Con declinación rápida	2000	2,16	74	1,08	2,013
América Latina y el Caribe					
Estimación actual	1980	4,28	40	0,59	209
Con necesidad insatisfecha atendida	1980	3,33	51	0,77	274
Con declinación estándar	2000	2,80	63	0,95	513
Con declinación rápida	2000	2,17	72	1,07	538

*Nota:* Las metas de fecundidad y las cifras de gastos per cápita son medianas ponderadas por la población. Debido a la falta de datos sobre la tasa de uso de anticonceptivos con respecto a muchos países, las estimaciones regionales incluyen las tasas por países que se calcularon en base a diversos datos socioeconómicos.

a. Incluye a la República de Sudáfrica.

b. Incluye a Argemán.

Fuente: Bulatao, 1984a.

expuestas al riesgo del embarazo que no desean más hijos— en 35 países en desarrollo a mediados del decenio de 1970. Tal extrapolación indica un posible aumento en la tasa de uso de anticonceptivos de 13 puntos porcentuales. Si el costo público por cada usuario adicional fuera igual en todos los países al costo por usuario en 1980, ese aumento requeriría otros \$1.000 millones de gasto público (véase el Cuadro 7.6).

En los próximos dos decenios los gastos totales en programas de planificación de la familia tendrán que aumentar debido al número creciente de mujeres en edad de procrear y a la mayor propor-

ción de las mismas que probablemente desearán utilizar métodos anticonceptivos modernos. Las proyecciones del Banco Mundial indican que el número de mujeres casadas en edad de procrear en todos los países en desarrollo aumentará de cerca de 500 millones a más de 700 millones entre 1980 y el año 2000. Alrededor del 40% de estas mujeres practicaban la anticoncepción en 1980.

Las proyecciones estándar mencionadas en el Capítulo 4 suponen una tasa media de fecundidad total de 3,3 en los países en desarrollo en el año 2000. Suponiendo que los efectos en la fecundidad de matrimonios más tardíos y de períodos más cor-

tos de lactancia en gran medida se cancelarán mutuamente, y que la tasa de aborto permanecerá constante, el logro de esta disminución de la fecundidad requerirá aumentar la tasa de uso de anticonceptivos a 58%. En el caso de las proyecciones de una declinación "rápida" de la fecundidad, que suponen una tasa total de fecundidad de 2,4 en el año 2000, el empleo de anticonceptivos tendría que alcanzar el 72%.

¿Cuánto costaría esto? Para lograr la declinación estándar de la fecundidad, y suponiendo los costos por usuario registrados en 1980, el gasto público total en programas de población debería llegar a \$5.600 millones (en dólares constantes de 1980) en el año 2000, lo que significa un aumento en términos reales de 5% al año. Para asegurar la declinación rápida, el gasto tendría que totalizar \$7.600 millones en esa fecha, lo que representa un aumento de 7% al año en términos reales.

El aumento del gasto tendrá que ser mucho mayor en algunas regiones que en otras. Aumentos reales medios de 2,5% y de 5% al año serían suficientes para lograr esas metas en Asia Oriental en general (aunque no para cada país) y en América Latina y el Caribe, respectivamente. Sin embargo, en Asia Meridional, Oriente Medio y Norte de África y África al Sur del Sahara, los gastos en actividades de población tendrían que aumentar de 8% a 10% cada año para lograr una declinación estándar de la fecundidad; en los países de África al Sur del Sahara el aumento tendría que ser de hasta 16% cada año para apoyar una declinación rápida.

Toda vez que el gasto para fines de población representa actualmente menos del 1% de los presupuestos gubernamentales, incluso aumentos de poca monta contribuirían mucho a satisfacer las necesidades de gastos más elevados. Lo mismo cabe decir de la asistencia externa. Sólo alrededor del 1% de la ayuda oficial se encauza actualmente a actividades en materia de población (y sólo una parte de ésta a la planificación familiar). El aumento de los gastos en 50% podría hacer frente a la necesidad insatisfecha actual, pero se requerirán aumentos mayores en el futuro. En muchos países el aumento requerido del gasto público destinado a la planificación familiar quedaría compensado con creces por reducciones en el gasto público en otros sectores. Con tasas constantes de matrícula, la declinación rápida de la fecundidad generaría ahorros per cápita en gastos de educación en el año 2000 de \$1,80 en Egipto, \$3,30 en Kenia, \$6 en la República de Corea y \$6,60 en Zimbabue.

## Obstáculos a la ampliación de los programas

Si se facilitaran recursos financieros para ampliar los servicios de planificación familiar, ¿podrían utilizarse eficazmente? La ampliación de los programas puede ser difícil por una variedad de razones, que incluyen obstáculos administrativos y logísticos, escasez de personal y demanda limitada. Estos factores tienden a limitar el ritmo a que se puede ampliar un buen programa, pero no la ampliación misma.

Los obstáculos administrativos y logísticos son en muchos casos los mismos que dificultan otros programas de desarrollo. Por ejemplo, un programa de planificación familiar requiere un sistema para la obtención, el almacenamiento y la distribución de anticonceptivos. Si se intenta proporcionar una combinación de métodos, el sistema puede tornarse complicado; puede requerirse más de una red de distribución, comercial, clínica y no clínica. En los casos en que la administración pública en general es débil, los caminos son deficientes y las comunicaciones lentas, incluso los programas mejor administrados parecerán ineficientes e incapaces de una ampliación sostenida. Estos obstáculos tal vez no sean evidentes en los pequeños proyectos piloto, pero pueden ser importantes cuando se intenta ampliar los servicios a una escala nacional de más envergadura. En las zonas donde los servicios de salud son escasos o inexistentes, será extremadamente difícil introducir un programa de planificación familiar.

Las necesidades de personal para un programa amplio de planificación familiar no son cuantiosas en relación con la cantidad de personas instruidas. Las relaciones apropiadas son aproximadamente de un visitador por cada 300 familias y un supervisor por cada 8 visitadores. En base a estas relaciones, en Alto Volta, país con una tasa de alfabetización bajísima, un programa podría dotarse completamente de personal con alrededor de una décima parte de los egresados de las escuelas primarias y secundarias de un solo año escolar. La conclusión, sin embargo, es menos optimista tan pronto se toman en cuenta las necesidades específicas de los visitadores; por ejemplo, deben tener su base en los poblados más bien que en las ciudades, pertenecer al grupo étnico, logístico o de casta apropiado y estar favorablemente predispuestos a la anticoncepción. El programa de Pakistán ha enfrentado problemas de esta naturaleza para conseguir personal. A fines del decenio de 1960, sólo una séptima parte de las parteras asignadas como visitadoras creía en la eficacia de

los anticonceptivos modernos. A principios de los años setenta fueron reemplazadas por un grupo que incluía muchas mujeres solteras de zonas urbanas que no contaban con la confianza de los habitantes de las aldeas. Si es difícil encontrar visitantes apropiados en cada zona, encontrar supervisores de mayor nivel puede ser aún más problemático.

La ampliación de los programas también depende de la demanda de servicios de anticonceptivos. Una tarea importante de los programas es generar parte de la misma demanda, pero donde el interés inicial es bajo o nulo, esta tarea puede tomar tiempo.

En conjunto, estas limitaciones a una ampliación rápida parecieran indicar que los programas no pueden utilizar eficazmente un mayor volumen de recursos financieros. Pero esta opinión sería equivocada. Durante el decenio de 1970, la India, Pakistán, Bangladesh y Sri Lanka gastaban hasta \$2,50 por cada mujer casada participante en programas de planificación familiar y aún lograban usuarios de anticonceptivos a un costo aceptable: menos de \$20 cada uno, y en algunos años mucho menos. A pesar de las condiciones poco prometedoras - un PNB per cápita entre \$100 y \$300, bajas tasas de alfabetización de adultos que no llegaban a 20% y tasas de mortalidad infantil de hasta 150

por 1.000- los gastos en planificación familiar eran eficaces y económicos

Además, muchos de los factores que dificultan la eficacia pueden superarse a medida que avanza un programa. Las soluciones culturalmente aceptables de los problemas administrativos y de personal y del limitado interés del público toman tiempo, al igual que los mejoramientos de la calidad analizados antes. Pero en todos los lugares del mundo donde se ha hecho un esfuerzo, se han logrado progresos.

No ha habido apenas financiamiento externo en las primeras etapas de algunos programas de planificación de la familia, como continúa siendo el caso en China. En otros ha desempeñado una función catalizadora, por ejemplo, a través del estímulo a las investigaciones iniciales de los problemas demográficos. Con todo, el financiamiento interno a la larga es decisivo; la mayor parte de los programas más antiguos y eficaces en 1980 tenían 40% o menos de financiamiento externo. Por una parte, el financiamiento interno demuestra el compromiso político respecto de la planificación familiar, que es el tema del próximo capítulo. Muchos de los obstáculos para ampliar la planificación de la familia pueden superarse con suficiente compromiso, y la mayoría no pueden hacerlo sin él.