

UN OBJETIVO POR ALCANZAR: SATISFACER LA NECESIDAD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

Los programas de planificación familiar han dado resultados sorprendentemente positivos en los últimos 50 años. En la actualidad, aproximadamente la mitad de las parejas en los países en desarrollo utilizan métodos anticonceptivos modernos, y desde la década de 1960 el promedio del tamaño de la familia en dichos países se ha reducido de alrededor de seis o siete hijos por mujer a unos tres. Estas tendencias indican que se están salvando millones de vidas, aparte del beneficio que representa para las mujeres y los niños estar en mejores condiciones de salud y poder lograr mayores niveles de educación y control sobre sus vidas.

A pesar de estos avances, en algunos de los países más pobres y más poblados del mundo, el uso de anticonceptivos sigue siendo bajo y existe gran necesidad de los mismos. En algunas regiones por lo menos tres de cada diez embarazos no son intencionales y millones de parejas siguen viéndose imposibilitadas para elegir eficazmente el momento de tener hijos y el número que desean tener. Asimismo algu-

nos países en desarrollo (como Bangladesh), que han reducido considerablemente sus niveles de fecundidad en décadas recientes, corren el peligro de ver detenerse o reducirse dicho avance.

Pero si bien estas dificultades son inmensas, no son insuperables. Los últimos 50 años demuestran que pueden establecerse con éxito programas de planificación familiar incluso en situaciones difíciles. Asimismo existe una aceptación mundial del uso de anticonceptivos de forma voluntaria y sin riesgos. En 1994 representantes de 179 naciones se reunieron en El Cairo, en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y se comprometieron a proporcionar servicios de salud reproductiva a todas las personas para el año 2015. Para lograr dicho objetivo se pedía a todos los países que “satisficieran las necesidades de planificación familiar de sus poblaciones” y proporcionararan “acceso universal a una completa variedad de métodos de planificación familiar inocuos y fiables”¹.

El éxito en lograr las metas internacionales ha sido variable

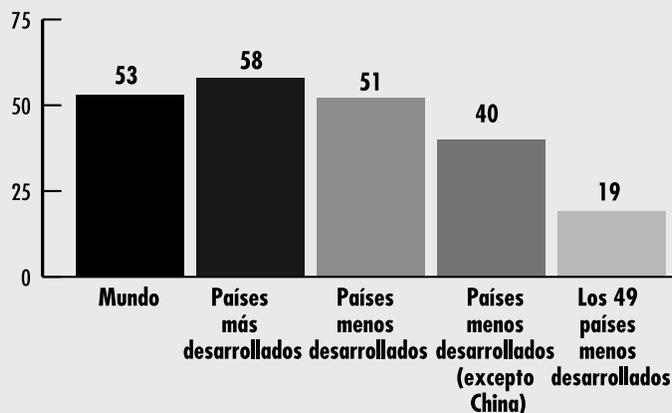
El uso de métodos anticonceptivos modernos se ha más que cuadruplicado desde la década de 1960 en lugares tan diversos como Bangladesh, Colombia, la India, Indonesia y Tailandia², pero un alto número de países distan todavía mucho de alcanzar los objetivos de El Cairo. La necesidad insatisfecha de planificación familiar sigue siendo alta en el mundo en desarrollo. Más de 120 millones de mujeres dicen que preferirían no quedar embarazadas, pero no usan métodos anticonceptivos³; y la cifra se eleva a 201 millones si se incluyen en los cálculos las que utilizan métodos tradicionales como el retiro o hierbas⁴.

El uso de métodos anticonceptivos todavía sigue siendo bajo en una serie de países muy pobres. Menos de una de cada cinco mujeres casadas usan métodos modernos en los 49 países considerados por las Naciones Unidas como los menos desarrollados (ver el Gráfico 1). Asimismo, los avances a este respecto en algunos de los países más pobres han sido lentos o con interrupciones en los últimos 20 años. De los 26 países menos desarrollados de que

Gráfico 1

Uso de métodos anticonceptivos modernos

Porcentaje de mujeres casadas entre 15 y 49 años de edad



NOTA: Según la División de Población de las Naciones Unidas, las regiones más desarrolladas son Australia, Nueva Zelanda, Europa, América del Norte y Japón. Las de menor desarrollo son el África, Asia (excepto Japón), América Latina y el Caribe. Las Naciones Unidas considera a 49 países dentro de estas últimas como los menos desarrollados.

FUENTE: Population Reference Bureau, *Cuadro de la población mundial 2004*; la cifra de los menos desarrollados se basa en cálculos de PRB.

se dispone de datos sobre dos momentos en el período que va desde finales de la década de 1980 hasta la fecha, sólo la mitad logró un ligero incremento en el uso de anticonceptivos modernos (menos de 5 puntos porcentuales)⁵.

En la mayoría de los países en desarrollo el uso de anticonceptivos sigue siendo considerablemente menor entre las mujeres más pobres, que entre las más ricas. Un estudio de 49 países en desarrollo descubrió que, por término medio, las mujeres casadas en el quintil más rico de la población tenían 4,6 mayores probabilidades de usar métodos anticonceptivos modernos que las del quintil más pobre⁶.

Muchas parejas siguen sin tener opciones de anticonceptivos, a pesar del objetivo de El Cairo de ofrecerles una “completa variedad” de métodos de planificación familiar. Un estudio descubrió que a mediados de la década de 1990, sólo cuatro de 30 países en el África subsahariana habían puesto a disposición de las parejas una amplia variedad de métodos anticonceptivos, como la píldora, el DIU, la esterilización femenina y los condones. (El estudio definió la “disponibilidad” de dichos métodos como el acceso a los mismos de por lo menos la mitad de la población). La situación no era mucho mejor en

el resto del mundo en desarrollo, ya que sólo la mitad de 91 países ofrecían al menos un método de largo plazo (como la esterilización o el DIU) y otro de corto plazo (como la píldora o el condón).⁷

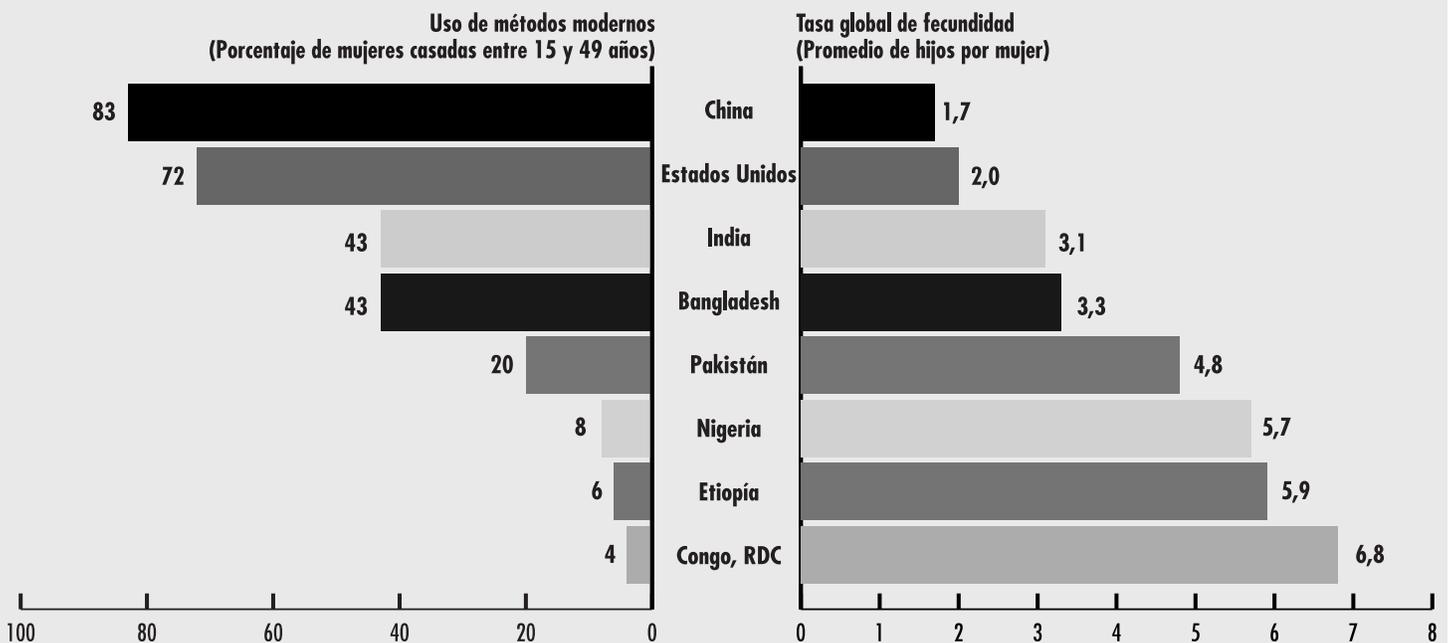
Satisfacción de las necesidades de los países más pobres y más poblados del mundo

La eliminación de las diferencias de acceso a la planificación familiar a nivel mundial, para que todas las parejas puedan tener el número de hijos que deseen, requiere mayor concentración en algunas de las naciones más pobres y más pobladas del planeta. El éxito en esos lugares también es clave para estabilizar la población mundial. Algunos de los países donde todavía no se ha extendido la planificación familiar siguen siendo los de más rápido crecimiento.

Las proyecciones de las Naciones Unidas indican que entre el año 2000 y el 2050, ocho países (India, Pakistán, Nigeria, Estados Unidos, China, Bangladesh, Etiopía y la República Democrática del Congo) representarán la mitad del incremento de la población mundial⁸. Cuatro de estos países (Pakistán, Nigeria, Etiopía y la República Democrática del Congo) distan mucho de alcanzar

Gráfico 2

Uso de anticonceptivos y número hijos en países de alta población



FUENTE: Population Reference Bureau, Cuadro de la población mundial 2004.

la tasa global de fecundidad (alrededor de dos hijos por mujer) que conlleva un crecimiento más lento de la población; en estos países la tasa global de fecundidad (TGF) se mantiene a niveles de entre 4,8 y 6,8 hijos por mujer (ver el Gráfico 2).

Las proyecciones de las Naciones Unidas a medio plazo, que prevén un incremento en la población mundial de 6.300 millones en el 2003 a 8.100 millones en el 2030, se basan en el supuesto de que los países en desarrollo registren una TGF ligeramente superior a dos hijos por mujer en los próximos 25 o 30 años; y en los 49 países que se consideran los menos desarrollados, la predicción de las Naciones Unidas a medio plazo se basa en el supuesto de que la TGF se reduzca de alrededor de 5,5 a 3,1 en el mismo período.

Las tasas de fecundidad de entre dos y tres hijos por mujer indican que existe un uso extendido de métodos anticonceptivos. Una tasa de 2,1, por ejemplo, representa aproximadamente una prevalencia de uso del 75%⁹. Las repercusiones en términos del tamaño de la población mundial en el futuro serán enormes incluso si las tasas de fecundidad son sólo ligeramente más altas y la prevalencia de uso de anticonceptivos es menor. Las Naciones Unidas calculan que un incremento de sólo 0,5 niños por término medio en la tasa de fecundidad, en esas proyecciones a medio plazo, haría que la población mundial llegara a 10.600 millones en el 2050, lo que representa otro incremento de más de la mitad en la población mundial actual.

El uso de anticonceptivos modernos en la actualidad es del 20% o menos entre las mujeres casadas en la República Democrática del Congo, Etiopía, Pakistán y Nigeria (ver el Gráfico 2). Etiopía y Pakistán se encuentran entre los países con la mayor necesidad insatisfecha de todo el mundo: aproximadamente una tercera parte de las mujeres casadas que no están utilizando métodos anticonceptivos dicen que preferirían poner más espacio entre un hijo y otro o dejar de tener hijos¹⁰, lo que significa que muchas mujeres tienen partos no planeados. En Etiopía casi el 37% de los nacimientos recientes tuvieron lugar en un momento que no era el adecuado, o en que no eran deseados¹¹.

Algunos de los estados de gran tamaño en la India también se han quedado rezagados respecto a otras partes de ese país en términos de la planificación familiar. El promedio del tamaño familiar en el estado de Uttar Pradesh es entre 4 y 5 hijos, y la prevalencia de uso de los anticonceptivos modernos es del 22%. Aproximadamente una cuarta parte de los partos recientes en dicho estado no fueron planeados¹². Uttar Pradesh tiene alrededor de 178 millones de personas y si fuera un país sería el quinto más poblado del mundo¹³.

También será difícil mantener los avances logrados incluso en los países de alta población que han tenido mayor éxito en sus esfuerzos de planificación familiar. Bangladesh (que registró

asombrosos aumentos en el uso de planificación familiar y tremendas reducciones en las tasas de fecundidad entre 1960 y 1990) experimentó una reducción en dichos logros en el decenio de 1990, y se espera que en los próximos 10 años su población de mujeres en edad reproductiva aumente de 36 a 48 millones¹⁴.

Beneficios de la planificación familiar

Las ventajas de la planificación familiar van más allá de decelerar el crecimiento de la población. Al usar métodos anticonceptivos las mujeres pueden evitar el riesgo de quedar embarazadas en mal momento, con lo que se protege su salud y la de sus hijos. Por ejemplo, los niños que nacen con un espacio de 3 a 5 años entre sí tienen más del doble de probabilidades de sobrevivir hasta la edad de los 5 años que los que nacen con menos de dos años de distancia del hermano anterior¹⁵.

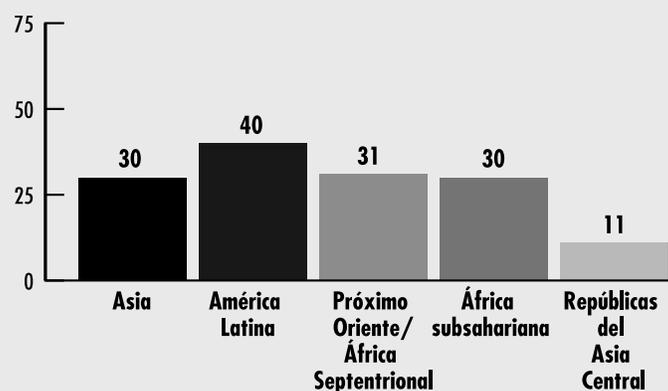
Los países más pobres con altos índices de mortalidad materna e infantil son los que más se benefician de las ventajas de salud que supone la planificación familiar. Un cálculo sugiere que al cubrir la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos entre las mujeres en los países menos desarrollados se podrían prevenir 1,4 millones de muertes de recién nacidos y 142.000 muertes maternas cada año¹⁶.

La planificación familiar también es eficaz en función del costo. Al reducir el riesgo de la mujer de tener embarazos no planeados, se salvan vidas, y la planificación familiar cuesta menos que los servicios de maternidad. El costo de la planificación familiar por cada muerte infantil que se evita es también bajo; por ejemplo, en un país de bajo ingreso como Malí, el

Gráfico 3

Nacimientos no planeados en los países en desarrollo

Porcentaje de nacimientos que las mujeres no deseaban o hubieran querido posponer dos o más años



FUENTE: John Ross, John Stover y Amy Willard, *Profiles for Family Planning and Reproductive Health* (1999).

costo por cada año de vida añadido es de alrededor de \$4 a \$5¹⁷. Por otra parte, al prevenir los embarazos no planeados entre las mujeres con VIH, los servicios de planificación familiar pueden evitar dicha infección en los recién nacidos con menor costo que la atención médica que requiere un bebé con VIH.

Además de lo anterior, la planificación familiar puede jugar un papel clave para prevenir los embarazos no planeados, que es un problema serio en todo el mundo en desarrollo. Las mujeres normalmente dicen que tienen partos que no desean o en mal momento (ver el Gráfico 3). El problema es especialmente acusado en América Latina, donde las mujeres declaran que las dos quintas partes de sus partos recientes no fueron planeados. Pero incluso estas altas cifras no revelan la magnitud del problema, porque no incluyen los embarazos que acaban en abortos.

Las complicaciones causadas por el aborto son una consecuencia seria de los embarazos no planeados. En la mayoría de los países en desarrollo el aborto es ilegal y tiene lugar en condiciones de riesgo, pero aún así se estima que el 20% de todos los embarazos en dichos países terminan en abortos, lo que es una tremenda carga para la salud y el bienestar de la mujer. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 13% de las muertes maternas relacionadas con el embarazo (alrededor de 78.000 al año) se deben a complicaciones por abortos en condiciones de riesgo¹⁸.

Estas muertes son innecesarias y pueden evitarse en su mayoría. El uso de métodos anticonceptivos fiables permite a la mujer evitar embarazos no planeados, y al elevarse el uso de los métodos modernos normalmente se reduce el índice de abortos. Un estudio de 12 países en Europa del Este y Asia Central calcula que los índices de abortos se reducirían entre el 47% y el 65% si dichos países cubrieran su necesidad de métodos anticonceptivos, y si las mujeres que utilizan métodos tradicionales de planificación familiar pasaran a usar métodos modernos¹⁹.

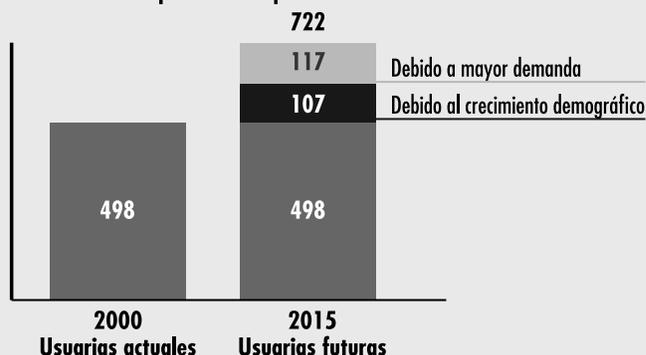
Retos para satisfacer la necesidad de planificación familiar

Los esfuerzos por satisfacer la necesidad de anticonceptivos en los países de menor desarrollo se ven obstaculizados por factores como el crecimiento demográfico, la escasez de anticonceptivos y el financiamiento insuficiente. Dichas dificultades no son insalvables, pero el aumento que se espera en el número de usuarios de métodos anticonceptivos en

Gráfico 4

Proyección del aumento en el número de usuarios de métodos anticonceptivos en los países en desarrollo

Proyección del aumento en el número de usuarios de métodos anticonceptivos en los países en desarrollo



FUENTES: Estimaciones del PRB basadas en datos de la ONU, *World Population Prospects: The 2002 Revision* (proyección de nivel medio); ONU, *World Contraceptive Use 2003*; y el Cuadro de la población mundial 2004, del PRB.

dichos países hace esencial abordar las deficiencias actuales en los servicios de planificación familiar.

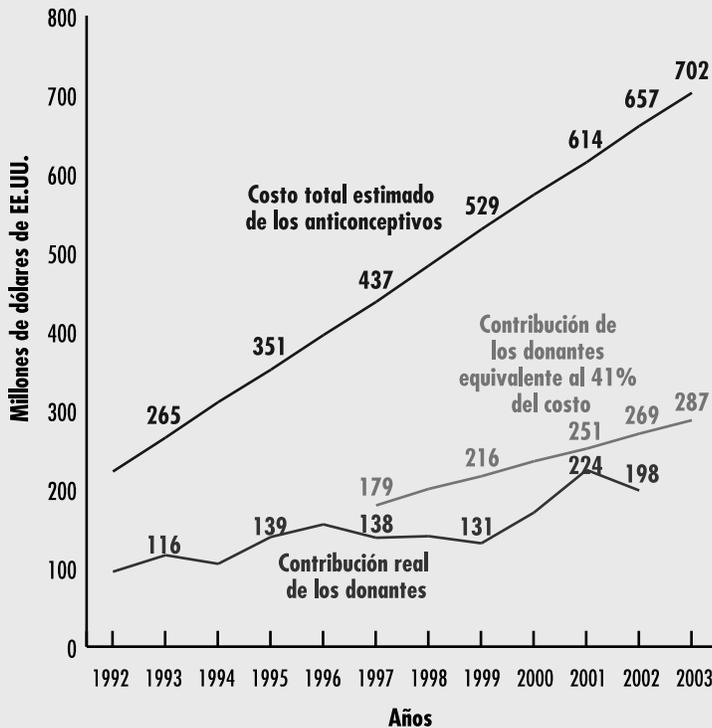
Existen muchos factores (inclusive las cuestiones relativas a la oferta y la demanda) que dificultan el uso de la planificación familiar en los países pobres. En lo que se refiere a la demanda, puede que las parejas no estén informadas de que existen métodos anticonceptivos, o puede que los valores culturales promuevan altos niveles de fecundidad, y en algunos contextos la condición de inferioridad de la mujer respecto a su esposo y otros miembros de la familia puede restringir su capacidad para usar métodos anticonceptivos.

Los factores relativos a la demanda también presentan importantes obstáculos. Muchas parejas siguen sin tener acceso a diversas opciones de planificación familiar. Por otra parte, proporcionar anticonceptivos sin suficiente información, educación y asesoría puede no ser efectivo. Las parejas pueden tener temores infundados sobre los efectos en la salud o no saber lo suficiente sobre los diferentes métodos. Asimismo en lugares donde existen disturbios civiles gran parte de la población puede verse incapacitada para usar los servicios básicos de salud.

El aumento que se espera en la demanda de anticonceptivos y el número de los usuarios eleva las dificultades futuras para proporcionar servicios a las parejas más pobres del planeta. Debido a la creciente demanda y el aumento en población, puede que entre el año 2000 y el 2015 el número de mujeres

Gráfico 5

Costo de los anticonceptivos y contribución de los donantes



NOTA: Se han redondeado las cifras.

FUENTE: Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Donor Support for Contraceptives and Condoms for STI/HIV Prevention: 2002*.

que usan anticonceptivos en los países de menor desarrollo aumente en más de 200 millones (ver el Gráfico 4, pág. 4).

Preocupa especialmente satisfacer las necesidades de anticonceptivos de la gente joven. El crecimiento demográfico anterior en los países de menor desarrollo ha dado lugar a la generación más grande de adultos jóvenes, los cuales están llegando a la edad de procrear²⁰. Los países de rápido crecimiento como Nigeria (donde el 44% de la población es menor de 15 años) tendrán que ampliar grandemente sus servicios de salud reproductiva para atender a los jóvenes que están alcanzando la edad de usarlos.

Pero si bien la necesidad y la demanda de métodos anticonceptivos va en aumento, muchos países en desarrollo no cuentan con suficiente suministro. Los programas en una variedad de lugares (inclusive Etiopía, Tanzania, México, Tailandia y los

países africanos de habla francesa) ya han registrado escasez de anticonceptivos. Entre los factores contribuyentes a dicha situación se encuentran el creciente número de usuarios, la mayor demanda, la propagación del VIH y el SIDA, y la reducción en el nivel del financiamiento de los donantes²¹.

Si bien algunos países en desarrollo pueden cubrir el costo de sus anticonceptivos, la mayoría carecen de las divisas y la capacidad de fabricación para satisfacer sus propias necesidades sin la ayuda de donantes. Existe un gran desfase entre el costo de los insumos anticonceptivos y el financiamiento de los donantes (ver el Gráfico 5). Además, la proporción del costo total de los anticonceptivos cubierta por los donantes se ha reducido en años recientes. Desde 1992 hasta 1996 los donantes contribuyeron alrededor del 41% de dicho costo. En 2002 la proporción costeadada por los donantes fue de aproximadamente el 30%, lo que representó una deficiencia de \$71 millones de dólares.

En general los donantes no han aportado los fondos que prometieron para la salud reproductiva en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994. El Plan de Acción de dicha conferencia estimaba que para el 2005 los programas de salud reproductiva (inclusive la planificación familiar, la salud materna y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual) costarían \$18.000 millones. Los países en desarrollo acordaron financiar alrededor de dos terceras partes del costo (\$12.200 millones) mientras que la comunidad internacional de donantes prometió \$6.100 millones.

En 2003 las Naciones Unidas estimaba que los donantes internacionales habían contribuido algo más de \$3.000 millones a dichos programas (lo que dista mucho de la cantidad acordada). Los gobiernos de los países menos desarrollados por su parte se estimaba que habían gastado \$11.700 millones, lo que es alentador, pero las Naciones Unidas observó que dicha cifra representaba en su mayor parte el gasto realizado por unos pocos países en desarrollo de gran tamaño. Muchos de los países más pobres no pueden movilizar los recursos para costear sus propios programas de salud reproductiva, que siguen dependiendo del apoyo de donantes internacionales²².

Se necesitan renovar los esfuerzos a favor de la planificación familiar

A pesar de la cantidad de logros que han tenido lugar en planificación familiar en los últimos 50 años, sigue existiendo una gran diferencia entre los países en términos del acceso a los métodos anticonceptivos y su uso. En muchos de los países más pobres y más poblados el uso sigue siendo bajo y la necesidad alta. Hay varios factores que refuerzan las dificultades de cara al futuro, entre ellos el crecimiento demográfico, la escasez de insumos y el insuficiente financiamiento.

La trayectoria de los últimos 50 años demuestra que pueden establecerse programas de planificación familiar con éxito incluso en situaciones difíciles. También está demostrado que los programas de planificación familiar salvan vidas, por lo que dichos servicios merecen recibir mayor prioridad en contextos de múltiples problemas políticos y de sanidad. Como las naciones del planeta reconocieron en la conferencia de El Cairo, estos servicios son costo efectivos y esenciales para mejorar la salud y el bienestar de las generaciones actuales y futuras, especialmente en los países más pobres.

Referencias

- ¹ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); visto en Internet en www.unfpa.org/icpd/, el 16 de abril de 2004.
- ² Naciones Unidas (ONU), Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998* (Nueva York: ONU, 2000).
- ³ John Ross y William Winfrey, "Unmet Need for Contraception in the Developing World and the Former Soviet Union: An Updated Estimate," *International Family Planning Perspectives* 28, no. 3 (2002); visto en Internet en www.guttmacher.org/pubs/journals/2813802.html, el 28 de abril de 2004.
- ⁴ The Alan Guttmacher Institute y UNFPA, *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care* (Nueva York: AGI y UNFPA, 2003): 18.
- ⁵ Cálculos del PRB basados en el Cuadro de la población mundial 2004 (Washington, DC: PRB, 2004) y en la publicación de las ONU, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998*.
- ⁶ Davidson Gwatkin et al., *Initial Country-Level Information About Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population*, Vol. I y II (Washington, DC: Banco Mundial, 2003).
- ⁷ John Ross, John Stover y Amy Willard, *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs* (Glastonbury, Connecticut: The Futures Group International, 1999).
- ⁸ División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2002 Revision* (Nueva York: ONU, 2003).

- ⁹ División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2002 Revision*. El cálculo de que una tasa global de fecundidad de 2,1 equivale aproximadamente a una prevalencia de anticonceptivos del 75% se basa en Ross, Stover y Willard, *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs*: 87.
- ¹⁰ Los datos sobre Etiopía se vieron en Internet, en www.measuredhs.com/statcompiler, el 20 de abril de 2004, y los de Pakistán en www.pakistan.gov.pk/population-division/publications/chapter6.pdf, en la misma fecha.
- ¹¹ Los datos sobre Etiopía se vieron en Internet, en www.measuredhs.com/statcompiler, el 20 de abril de 2004.
- ¹² International Institute for Population Sciences y ORC Macro, *National Family Health Survey, India, 1998-1999: Uttar Pradesh* (Mumbai: IIPS, 2001): 62, 87, 95.
- ¹³ Basado en cálculos del PRB con cifras del Indian Sample Registration System, 2004.
- ¹⁴ Proyecciones demográficas del Population Reference Bureau sobre Bangladesh, *Planificación familiar a nivel mundial 2002* (Washington, DC: PRB, 2002).
- ¹⁵ Vidya Setty-Venugopal y Ushma D. Upadhyay, "Birth Spacing: Three to Five Saves Lives," *Population Reports*, Series L, No. 13 (Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, verano 2002).
- ¹⁶ The Alan Guttmacher Institute y UNFPA, *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*: 20, 29.
- ¹⁷ Rodolfo Bulatao, *The Value of Family Planning Programs in Developing Countries* (Santa Monica, CA: The Rand Corporation, 1998); visto en Internet, en www.rand.org/publications/MR/MR978/, el 26 de abril de 2004.
- ¹⁸ The Alan Guttmacher Institute, *Sharing Responsibility: Women, Society & Abortion Worldwide* (Nueva York: AGI, 1999): 35, 42.
- ¹⁹ Charles Westoff, *Recent Trends in Abortion and Contraception in 12 Countries* (2004); visto en Internet en paa2004.princeton.edu/download.asp?submissionId=40034, el 26 de abril de 2004.
- ²⁰ Lori Ashford, *Cómo asegurar la disponibilidad de suministros necesarios para la planificación familiar y la prevención del VIH/SIDA* (Washington, DC: PRB, 2002).
- ²¹ Ashford, *Cómo asegurar la disponibilidad de suministros necesarios para la planificación familiar y la prevención del VIH/SIDA*.
- ²² Naciones Unidas (ONU), *The Flow of Financial Resources for Assisting on the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development: A Ten-Year Review* (Nueva York: ONU, 2004): 2, 10, 27.

Agradecimientos

Este documento lo prepararon Dara Carr y Marya Khan, del Population Reference Bureau. Se agradece la colaboración de una serie de personas cuyas contribuciones y comentarios fueron muy valiosos: Lori Ashford, Robert Engelman, Carl Haub, Gordon Perkin, John Ross, Barbara Seligman, Erin Sines, Rhonda Smith y Nancy Yinger. La publicación fue editada por Robert Lalasz y diseñada por Michelle Nigh. El financiamiento se realizó con una donación de la Fundación de Bill y Melinda Gates.

Producción en español: Word Design

Traducción: Ángeles Estrada

Edición y coordinación: Sara Adkins-Blanch, PRB

© Enero 2005, Population Reference Bureau