

¿Debería Seguir Siendo una Prioridad la Eliminación de La Necesidad Insatisfecha de Anticoncepción?

Por Anrudh Jain

Contexto: Con frecuencia se utilizan las estimaciones de necesidad insatisfecha de anticoncepción obtenidas de las encuestas transversales como medidas del éxito de un programa de planificación familiar, y dichos programas, en general, centran en la eliminación de la necesidad insatisfecha. No obstante, es posible que esta estrategia no sea la más eficaz para satisfacer las necesidades globales de anticoncepción de la mujer.

Métodos: Se han utilizado los datos obtenidos mediante entrevistas realizadas con 1.093 mujeres de Nor-Oriental del Marañón y de Lima, Perú, que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 1991–1992, y los resultados de una encuesta de seguimiento llevada a cabo en 1994, para examinar la eficacia del programa en satisfacer la necesidad insatisfecha de anticoncepción y en evitar embarazos no planeados.

Resultados: Si bien los datos de nivel agregado sugieren que el efecto del programa es pequeño dentro del período entre una encuesta y otra, los datos a nivel individual indican que el 72% de las mujeres que experimentaban una necesidad insatisfecha en 1991–1992, ya no la tenían en 1994. Sin embargo, el 12% de las que no tenía necesidad insatisfecha en el momento de la primera encuesta, llegó a tenerla para la encuesta de seguimiento. Además, el 20% de las encuestadas habían tenido un embarazo no planeado entre una encuesta y otra: el 32% de aquellas que inicialmente tenían una necesidad insatisfecha y el 17% de aquellas que no la tuvieron. Al aplicar las proporciones de las que habían tenido un embarazo no planeado a la distribución de mujeres según su situación de necesidad insatisfecha en 1991–1992, se indica que si el programa hubiera centrado en eliminar la necesidad insatisfecha, la proporción de mujeres que tuviera embarazos no planeados sería del 17%, pero si el programa hubiera puesto mayor énfasis en prevenir los embarazos no planeados entre las mujeres que no tenían necesidad insatisfecha inicialmente, la proporción sería del 6%.

Conclusiones: Los programas de planificación familiar pueden ser más eficaces si ponen mayor énfasis en prevenir los embarazos no planeados entre las mujeres que ya practican la anticoncepción, en lugar de centrarse en persuadir a las no usuarias a que adopten un método.

Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 1999, págs.31–36

Las encuestas por muestreo llevadas a cabo durante las últimas tres décadas han demostrado que existe una considerable brecha entre la necesidad de anticoncepción evidente y los niveles reales de uso anticonceptivo en los países en desarrollo. La medición del uso ha sido bastante directa, pero la medición de la necesidad ha sufrido varias modificaciones. En los años 70, se medía la necesidad de acuerdo con el conocimiento que tenía la mujer de métodos de planificación familiar; la brecha entre el conocimiento o conciencia de la mujer y su práctica anticonceptiva era tomada como una indicación de la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar. Actualmente, la medición de la necesidad incorpora las intenciones expresadas por la mujer con respecto a la reproducción y, algunas veces, con respecto al uso de anticonceptivos.

Estas medidas de la necesidad insatisfecha a veces se han usado como la justi-

ficación principal para invertir recursos públicos en los programas de planificación familiar. Algunos expertos han sostenido que en muchos países en desarrollo, con la eliminación de la necesidad insatisfecha de anticoncepción se podría lograr las metas nacionales de prevalencia de anticonceptivos o de los niveles de fecundidad (y por lo tanto se eliminaría la necesidad de establecer dichas metas).¹ Un análisis de los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) correspondientes a 27 países sugiere que en satisfacer la necesidad de anticoncepción, se podría esperar una disminución de la fecundidad en aproximadamente 7% en Ghana hasta 26% en Kenya y Madagascar.²

¿Cómo se puede satisfacer la actual necesidad insatisfecha de anticoncepción? Algunos investigadores sostienen que la existencia de una necesidad insatisfecha se debe principalmente a la falta de acceso a los servicios de anticonceptivos.³ Otros aseguran que entre las causas de la

necesidad insatisfecha se incluyen “la falta de conocimiento, el temor a los efectos secundarios y la desaprobación social y familiar”.⁴ Un mayor conocimiento de las causas de la necesidad insatisfecha es esencial para modificar los programas de servicios de planificación familiar y para evaluar su contribución en eliminar la actual necesidad insatisfecha.⁵ Al mismo tiempo, también es importante ampliar la definición de la necesidad insatisfecha—por ejemplo, mediante la inclusión de la mujer no casada.⁶

La existencia de una necesidad insatisfecha se toma como un indicador de las deficiencias del acceso⁷ y de la calidad⁸ de los programas de planificación familiar. Hay una hipótesis implícita en la investigación en general que afirma que la necesidad insatisfecha se puede reducir considerablemente si se mejoran dichas características de los programas. Por lo tanto, es lógico preguntarse si la necesidad insatisfecha puede ser utilizada como un indicador del rendimiento de un programa. Específicamente, ¿puede una disminución (o aumento) de la necesidad insatisfecha estimada mediante encuestas transversales en un país determinado ser utilizada para evaluar el éxito (o fracaso) de un programa de planificación familiar?

Westoff y Bankole han señalado que “el cambio de la necesidad insatisfecha se debe a modificaciones de la práctica anticonceptiva y a cambios en el deseo de regular la fecundidad”.⁹ En consecuencia, la necesidad insatisfecha a nivel agregado disminuirá si aumenta más rápido el porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos que el porcentaje que desean regular su reproducción; la necesidad insatisfecha aumentará si la necesidad de regular la fecundidad aumenta más rápidamente que la prevalencia de anticonceptivos.

Las estimaciones de la necesidad insatis-

Anrudh Jain es director principal de políticas y programas regionales, International Programs Division, Population Council, Nueva York. El financiamiento para la recopilación de datos en la encuesta de seguimiento fue aportado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, a través del Evaluation Project, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, EE.UU. El autor agradece a Judith Bruce, John Casterline y Cheikh Mbacke, los comentarios formulados sobre una versión previa de este artículo.

Cuadro 1. Porcentaje de mujeres casadas, según la medida relacionada con la anticoncepción, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 1991–1992 y encuesta de seguimiento de 1994, Nor-Oriental del Marañón y Lima, Perú (N= 1.062)

Medida	1991–1992	1994
No desean tener más hijos	68,2	71,0
Usan un método		
Cualquier	69,7	69,7
Moderno	40,2	44,5
Tradicional	29,5	25,2
Tienen necesidad insatisfecha		
De un método moderno*	38,9	35,8
De cualquier método†	18,1	16,9

*Basado en mujeres que no querían tener más hijos y que no se encontraban usando un método anticonceptivo moderno, algunas de las cuales quizá usaban un método tradicional. †Basado en mujeres que no querían tener más hijos pero que no se encontraban usando ningún método (moderno o tradicional). Nota: Treinta y una mujeres cuyas preferencias reproductivas o situación anticonceptiva no se conocían en 1994 fueron excluidas.

fecha se encuentran regularmente entre los resultados de las encuestas transversales, tales como las que realiza el programa de la EDS. Un estudio realizado de ocho países en los cuales que se han llevado a cabo por lo menos dos encuestas EDS, reveló que en seis países la necesidad insatisfecha ha disminuido en 2–3 puntos porcentuales (Colombia, Egipto, Ghana, Kenya, Marruecos y República Dominicana) y en 12 puntos en otros dos (Bolivia y Perú).¹⁰ Estos resultados pueden indicar que los programas de planificación familiar en los primeros seis países han sido relativamente exitosos, y que los programas en Bolivia y Perú han logrado un notorio éxito; pero esta conclusión quizá no es acertada, porque sabemos que el programa en Kenya ha sido más exitoso que el de Ghana, en cuanto a un incremento de la prevalencia de anticonceptivos o disminución de la fecundidad.

*Para obtener más información sobre la encuesta de seguimiento, la pérdida del seguimiento y la creación de muestras apareadas, véase Mensch B et al., "Evitando embarazos no planeados en Perú: ¿Es importante la calidad de los servicios de planificación familiar?" *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1997, págs. 14–21.

†En realidad, estos datos no representan estimaciones independientes transversales, porque las encuestas entrevistaron a las mismas mujeres después de un intervalo de tres años y porque las mujeres más jóvenes eran más proclives que las de más edad de faltar a la entrevista de seguimiento. Sin embargo, como la necesidad insatisfecha a una edad muy temprana se acerca a cero, estas comparaciones no se alejan mucho de la realidad.

‡Estas cifras se basan en la definición convencional de necesidad insatisfecha: el porcentaje de mujeres que no desean tener más hijos, pero que no se encuentran utilizando un método de planificación familiar. Mientras esta definición no arroja la estimación más exacta de necesidad insatisfecha, resulta fácil de calcular y de comprender. Las modificaciones a esta definición probablemente no afecten las conclusiones.

El uso de encuestas transversales para estimar la necesidad insatisfecha resulta problemático por varias razones. La magnitud del incremento de la necesidad insatisfecha sugerida con este método indicaría que un programa de planificación familiar de un país ha fallado solamente si se supone que las actividades del programa (por ejemplo, información, educación y comunicación) no tienen efecto con respecto al deseo manifestado por la mujer de regular su fecundidad. Otro problema es que si no disminuye la necesidad insatisfecha al nivel agregado, esto no necesariamente significa que la necesidad insatisfecha no haya sido atendida al nivel individual. Además, la atención de la necesidad insatisfecha de anticonceptivos en un momento dado no significa necesariamente que posteriormente la mujer no tenga embarazos no planeados.

Finalmente, hacer énfasis en eliminar la necesidad insatisfecha de anticonceptivos significa que un programa centra su atención en alentar a las no usuarias a que adopten un método. No obstante, en muchos programas es elevada la discontinuación de uso de los métodos anticonceptivos y muchas mujeres que abandonan un método tienen un embarazo no planeado antes de tener la oportunidad de cambiar de método. Además, algunas mujeres que practican la anticoncepción pueden estar en riesgo de quedar embarazadas, porque usan su método en forma irregular o incorrecta. En consecuencia, un programa demasiado centrado en la necesidad insatisfecha podría perder la oportunidad de asistir a las mujeres que ya han iniciado la práctica anticonceptiva.

Este artículo aborda dos importantes interrogantes relacionados con la necesidad insatisfecha. Primero, ¿puede el éxito (o fracaso) de los programas de planificación familiar ser evaluado en términos de una disminución (o un aumento) de la necesidad insatisfecha estimada por datos de encuestas transversales? Segundo, ¿es una estrategia apropiada para los programas el basarse únicamente en eliminar la necesidad insatisfecha?

Métodos

Para examinar estos temas, se analizaron los datos correspondientes a 1.093 mujeres casadas que fueron entrevistadas en dos Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) en Perú, la de 1991–1992 y otra de seguimiento en 1994, que se llevó a cabo en dos regiones, la Nor-Oriental del Marañón y Lima. La muestra original de la ENDES de estas dos regiones incluyó a 1.850 mujeres, y las entrevistadoras que re-

alizaron la encuesta de seguimiento pudieron localizar a 1.370 mujeres (74% de la muestra original), de las cuales 63 fueron excluidas debido a errores de codificación. De las 1.307 mujeres restantes, se creyó que unas 1.097 (84%) habían sido entrevistadas en 1991–1992 porque el año de nacimiento que indicaron en las dos encuestas era el mismo o difería en no más de un año, y el número de hijos nacidos que indicaron en la encuesta de seguimiento era igual o (tomando en cuenta la mortalidad) uno menos que el número de hijos originalmente indicado en la primera encuesta, más el número de nacimientos que indicaron en el intervalo entre las dos encuestas.*

Resultados

Necesidad insatisfecha y rendimiento

Los datos a nivel agregado del Perú revelan que el porcentaje de mujeres que no deseaban tener más hijos cambió muy poco entre la encuesta original (68%) y la de seguimiento de 1994 (71%), y el porcentaje que usaban un método anticonceptivo permaneció estable (70%), si bien hubo un ligero cambio hacia los métodos modernos (Cuadro 1).[†] Se registraron pequeñas disminuciones en el porcentaje de mujeres con una necesidad insatisfecha de cualquier método[‡] (del 18% al 17%) y de un método moderno (del 39% al 36%). Estos resultados sugieren que entre la encuesta de 1991 y la de 1994, el programa de planificación familiar en el Perú surtió muy poco efecto sobre la prevalencia de anticonceptivos o la necesidad insatisfecha.

Sin embargo, esta conclusión sería engañosa, como se puede observar al comparar los cambios de las necesidades de las mujeres individuales a través del tiempo. Por ejemplo, el 18% de la muestra original de 1991–1992 tenía una necesidad insatisfecha de cualquier método, aunque cuando se realizó la encuesta de seguimiento, solamente el 5% de las mujeres todavía tenían esta necesidad, en tanto que el 13% ya no la tenían (Cuadro 2). En otras palabras, entre aquellas que tenían una necesidad insatisfecha anteriormente, el 72% ya habían eliminado esa necesidad en el momento en que fueron entrevistadas por segunda vez. El 23% había cambiado sus intenciones reproductivas y había decidido de tener más hijos, y el 49% había comenzado a practicar la anticoncepción (no indicado). El cambio de conducta anticonceptiva se puede deber, en parte, al mejoramiento de los servicios, y por lo tanto significa que el programa de planificación familiar ha sido muy exitoso al colmar las necesidades insatisfechas en materia de an-

ticoncepción de las mujeres individuales.

En forma similar, el 39% de las mujeres entrevistadas en 1991–1992 habían tenido una necesidad insatisfecha de un método moderno, aunque el 17% ya habían eliminado esta necesidad para la fecha de la segunda encuesta. Dicho de otra manera, el 43% de aquellas que tenían una necesidad insatisfecha en 1991–1992 ya no la tenían en 1994—el 21% porque habían cambiado sus planes reproductivos y el 22% porque habían comenzado a usar un método anticonceptivo moderno. Sin embargo, el 57% de la necesidad insatisfecha permaneció sin colmar entre una encuesta y otra. En resumen, la eliminación de la necesidad insatisfecha de cualquier método o de un método moderno a nivel individual podría ser utilizada como un indicador del rendimiento de un programa.

La necesidad insatisfecha como enfoque

En la encuesta peruana, el 82% en total de las mujeres no tenían una necesidad insatisfecha de cualquier método anticonceptivo (el 32% porque deseaban tener más hijos y el 50% porque ya se encontraban usando un método). Sin embargo, de este total de 82% que no tenían una necesidad insatisfecha cuando fueron originalmente entrevistadas, el 12% sí indicaron tenerla cuando se realizó la encuesta de seguimiento (Cuadro 2). Algunas de estas mujeres cambiaron su opinión de desear más hijos a no tener más (una progresión lógica), y algunas discontinuaron el uso de anticonceptivos. En lo que se refiere a los métodos modernos, el 61% no tenía una necesidad insatisfecha en 1991–1992, porcentaje que incluye el 14% que cambió para tener una necesidad insatisfecha de un método moderno según la encuesta de 1994.

Pues las mujeres cambian entre una ca-

Cuadro 2. Distribución porcentual de mujeres casadas, según su condición de necesidad insatisfecha en la encuesta inicial y en la de seguimiento, de acuerdo con el tipo de método

Tipo de método y situación en 1991–1992	Total	Situación en 1994	
		Necesidad insatisfecha	Sin necesidad
Cualquier método	100,0	16,9	83,1
Necesidad insatisfecha	18,1	5,0	13,1
Sin necesidad	81,9	11,9	70,0
Método moderno	100,0	35,8	64,2
Necesidad insatisfecha	38,9	22,3	16,6
Sin necesidad	61,1	13,5	47,6

Nota: Las definiciones de necesidad insatisfecha de un método moderno y de cualquier método anticonceptivo, se encuentran en el Cuadro 1.

tegoría de necesidad insatisfecha y otra, y la implantación de una estrategia en 1991–1992 que atendiera solamente a la necesidad insatisfecha vigente en ese momento dejaría de lado, por ejemplo, a las mujeres que no tenían una necesidad en aquel oportunidad pero que posteriormente tuvieron embarazos no planeados. Los datos indican que el 17% de las mujeres que no tenían una necesidad insatisfecha cuando fueron entrevistadas originalmente, experimentaron un embarazo no planeado entre una encuesta y otra (Cuadro 3), como ocurrió igualmente con el 32% de las mujeres que sí tenían una necesidad insatisfecha en 1991–1992.

Entre las usuarias de anticonceptivos, la probabilidad de tener un embarazo no planeado entre una encuesta y otra dependía del método utilizado en el inicio del período. Aproximadamente el 10% de las mujeres que no deseaban tener más hijos y que se encontraban usando un método moderno en la encuesta de 1991–1992, habían tenido por lo menos un embarazo no planeado para 1994, en comparación con el 25% de las usuarias de métodos tradicionales que no deseaban tener más hijos, y el 31% de las usuarias que no querían procrear más.

Los datos correspondientes a los nacimientos no deseados reflejan una tendencia similar: el 7% de las mujeres que no tenían una necesidad insatisfecha en el momento de la primera encuesta y el 26% de aquellas que sí tenían una necesidad, habían tenido un nacimiento no deseado para la fecha de la segunda entrevista. Y las mujeres que se encontraban utilizando un método moderno al inicio del período eran menos proclives a tener un nacimiento no deseado (7%) que aquellas que se encontraban utilizando un método tradicional (17%) o ningún método (26%).

Un estudio anterior usó un modelo de simulación para contrastar los resultados de una estrategia que proponía elevados niveles de aceptación de anticonceptivos y bajas tasas de continuación, con otra estrategia compuesta por bajos niveles de aceptación y elevadas tasas de continua-

Cuadro 3. Distribución porcentual de todas las mujeres casadas y porcentaje de las que tuvieron por lo menos un embarazo no planeado o un nacimiento no deseado entre la ENDES de 1991–1992 y la encuesta de seguimiento de 1994, según su situación de necesidad insatisfecha en la entrevista original

Situación de necesidad	N	Distribución porcentual	Embarazo no planeado	Nacimiento no deseado
Todas	1.093	100,0	19,6	10,2
Con necesidad insatisfecha (no desean más hijos)	199	18,2	31,6	26,1
Embarazadas*	54	4,9	33,3	25,9
No usan ningún método	145	13,3	31,0	26,2
Sin necesidad insatisfecha	894	81,8	16,9	6,7
No desean más/ usan un método	545	49,9	16,2	11,0
Tradicional	228	20,9	24,6	17,1
Moderno	317	29,0	10,1	6,6
Desean tener más hijos	349	31,9	18,1	0,0

*Fueron incluidas las mujeres que estaban embarazadas cuando se realizó la encuesta de 1991–1992 si hubieran indicado que no deseaban tener más hijos después del embarazo actual. *Nota:* Estos datos se basan en las preguntas formuladas acerca de las intenciones de fecundidad durante la encuesta original e informes de experiencias sobre fecundidad, según se registraron en la encuesta de seguimiento. El intervalo mínimo entre las encuestas fue de 29 meses; en consecuencia, los embarazos que comenzaron dentro de este período de 29 meses después de la entrevista original, fueron incluidos en el cómputo, y se excluyeron los embarazos que comenzaron después. Los embarazos no planeados fueron los que tuvieron lugar fuera del tiempo deseado (es decir, la mujer quería tener más hijos, pero en un momento posterior) o los que no eran deseados (es decir, la mujer no deseaba tener más hijos); la categoría incluye tanto a los embarazos que terminaron en nacimientos vivos como aquellos que no. Un nacimiento no deseado fue un nacimiento vivo resultante de un embarazo no deseado.

ción. Dicho estudio demostró que para los programas de planificación familiar, la estrategia de reclutar un pequeño número de aceptantes por año y proporcionarles un servicio de alta calidad resultó más adecuada que la de tratar de reclutar un elevado número de aceptantes cuyas necesidades no pueden ser satisfechas.¹¹ Los datos correspondientes al Perú ilustran un caso similar.

Como se puede observar en el Cuadro 3, el 18% de las mujeres de la muestra tenían una necesidad insatisfecha en 1991–1992, y el 82% no tenían una necesidad insatisfecha—el 50% porque se encontraba practicando la anticoncepción y el 32% porque deseaban tener más hijos. Para eliminar los embarazos no planeados, la estrategia del programa en 1991–1992 se podría haber centrado en asistir a la mujer de la primera categoría a iniciar su práctica anticonceptiva o en ayudar a las mujeres de los otros dos grupos, suministrándoles información acertada sobre la forma de usar su método anticonceptivo, o datos sobre cómo cambiar de método o dónde obtenerlo. ¿Qué hubiera ocurrido si se hubieran dado estas dos circunstancias?

El porcentaje global de las que tenían un embarazo no planeado (20%) se calcula multiplicando el porcentaje de mujeres en cada uno de los tres grupos—aquellas que tenían una necesidad insatisfecha, las que

Cuadro 4. Porcentaje de mujeres que tuvieron un embarazo no planeado o un nacimiento no deseado entre una encuesta y otra, y porcentaje que se podría esperar como resultado bajo dos marcos hipotéticos

Marco hipotético	Embarazo no planeado	Nacimiento no deseado
Situación real	19,6	10,2
Necesidad completamente satisfecha	16,8	7,5
Embarazos no planeados evitados*	5,8	4,8

*Entre aquellas sin una necesidad insatisfecha. Nota: Las definiciones de embarazo no planeado y nacimiento no deseado, se encuentran en el Cuadro 3.

se encontraban usando anticonceptivos y aquellas que deseaban tener más hijos—por el porcentaje de cada grupo que tuvo un embarazo no planeado (del Cuadro 3) y agregando los resultados.* Cuando se repite el cálculo, suponiendo que el programa tuvo éxito en eliminar la necesidad insatisfecha de manera que las mujeres que inicialmente tuvo necesidad estuvieron expuestas a la misma tasa de embarazo no planeado que las usuarias, el porcentaje disminuye del 20% al 17% (Cuadro 4). De otra manera, si el cálculo supone que el programa tuvo éxito en eliminar los embarazos no planeados entre las mujeres que no tenían una necesidad insatisfecha, de modo que ningún embarazo no planeado ocurrió a mujeres en los dos grupos—las usuarias de un método y las que deseaban tener más hijos—el porcentaje global de embarazos no planeados disminuyera al 6%.

La diferencia entre los efectos implícitos en las dos estrategias disminuye si observamos únicamente los embarazos no planeados que resultan en un nacimiento no deseado. La primera estrategia resultaría en una reducción de 2,7 puntos porcentuales en el porcentaje de nacimientos no deseados, mientras que con la segunda estrategia, resultaría en una reducción de 5,4 puntos. En consecuencia, en el caso del Perú, la segunda estrategia sería más eficaz que la primera.†

La eficacia relativa de cada una de estas

*Por ejemplo, el porcentaje global es igual a $(0,182 \times 31,6) + (0,499 \times 16,2) + (0,319 \times 18,1)$, ó 19,6%.

†Se puede hacer un caso similar para Marruecos, mediante el uso de datos de un panel de estudio de 1.682 mujeres entrevistadas en 1992 y 1995. (Fuente: Westoff CF y Bankole A, The time dynamics of unmet need: an example from Morocco, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24[1]:12–14 & 24.) Considerando que 16% de estas mujeres marroquíes habían tenido un nacimiento no deseado entre una encuesta y otra, el porcentaje hubiera sido del 11% si se hubiera ejecutado la primera estrategia, y del 8% si se hubiera aplicado la segunda.

estrategias en un país determinado dependerá de la distribución de mujeres de acuerdo con su situación de necesidad insatisfecha. La segunda estrategia, sin embargo, resulta ser tan eficaz como la primera, aun bajo condiciones muy poco probables. Por ejemplo, si el porcentaje de mujeres en la muestra del Perú que tenían una necesidad insatisfecha y el porcentaje de aquellas que usaban un método anticonceptivo en 1991–1992 hubiera sido el inverso (es decir, el 50% tenía una necesidad insatisfecha, el 18% no deseaba tener más hijos y usaba anticonceptivos, y el 32% restante deseaba tener más hijos), el porcentaje global de mujeres que tendrían un embarazo no planeado hubiera sido del 25%. Con una estrategia exitosa para eliminar la necesidad insatisfecha, el porcentaje hubiera disminuido para 17%, en tanto que si el enfoque del programa era eliminar los embarazos no planeados entre las mujeres que no tenían una necesidad insatisfecha, este porcentaje hubiera caído al 16%. Si se ignora la pequeña diferencia que existe entre estos dos porcentajes, se puede afirmar que la segunda estrategia hubiera sido tan eficaz como la primera.

Es posible identificar una situación en la que la primera estrategia puede ser superior a la segunda. Sin embargo, en casi todas las situaciones, la segunda estrategia reduciría significativamente la tasa global de embarazos no planeados. Además, desde el punto de vista del programa, la segunda estrategia puede ser de ejecución más fácil que la primera, porque las mujeres que habían iniciado su práctica anticonceptiva ya habían superado algunos obstáculos relacionados con la iniciación del uso de anticonceptivos (por ejemplo, la falta de disponibilidad).

Discusión

Como indicador del éxito de un programa, la necesidad insatisfecha tiene una ventaja sobre otros indicadores (tales como la tasa de prevalencia de anticonceptivos y la tasa global de fecundidad) porque incorpora el deseo expresado por la mujer de regular su fecundidad; las otras variables predictivas, en cambio, no ofrecen esta ventaja. Sin embargo, como lo revelan los datos del Perú, mientras una disminución de la necesidad insatisfecha al nivel agregado probablemente refleja mejoras en el servicio de planificación familiar del país, un aumento o la ausencia de una reducción no necesariamente significa que el programa ha fracasado. (Además, al realizar una comparación entre varios países, la misma magnitud de

necesidad insatisfecha no significa necesariamente el mismo grado de eficacia del programa.)

En consecuencia, el alcance de un cambio en la necesidad insatisfecha a nivel agregado, no es un indicador apropiado para establecer el éxito o fracaso de los programas de planificación familiar. Un mejor indicador es la satisfacción de la necesidad a nivel individual. Sin embargo, dado que esta medida no toma en cuenta las experiencias de la mujer que ha indicado que no tiene una necesidad insatisfecha, un mejor indicador aún es la reducción de los embarazos no planeados (o nacimientos no deseados) a nivel individual.

Los datos del Perú también ofrecen una valiosa información para abordar el asunto programático de dónde concentrar los esfuerzos. En tanto que no se puede esperar que los programas reduzcan a cero ni el nivel de la necesidad insatisfecha ni el nivel de los embarazos no planeados, el enfoque en un solo aspecto como la reducción de la necesidad insatisfecha—por ejemplo, en la iniciación de la práctica anticonceptiva—no es la mejor estrategia para el programa. Los programas también deben prestar atención a la reducción de los embarazos no planeados entre aquellas que desean espaciar o limitar los nacimientos y que ya han comenzado a practicar la anticoncepción.

En el Perú, algunas mujeres que no tenían una necesidad insatisfecha inicialmente porque estaban usando un método anticonceptivo en el momento de la primera entrevista, sin embargo experimentaban embarazos no planeados (o nacimientos no deseados) entre una encuesta y otra. Esta eventualidad refleja una de tres posibilidades: la mujer estaba usando un método regularmente, según las instrucciones recibidas, y le falló el método; estaba usando un método irregularmente o seguía instrucciones equivocadas; o dejó de usar un método y quedó embarazada antes de optar por otro anticonceptivo.

¿Cómo puede un programa de planificación familiar asistir a estas mujeres a evitar un embarazo no planeado? La tasa de falla de los métodos modernos será muy baja, siempre y cuando las usuarias reciban instrucciones adecuadas para su uso y las cumplan como corresponde; si ese es el caso, el programa no tiene mucho más por hacer.

La mayoría de los embarazos no planeados, sin embargo, ocurren entre las mujeres del segundo y tercer grupo. Es evidente que un programa puede ayudar a estas mujeres a reducir la probabilidad de tener un embarazo no planeado, suminis-

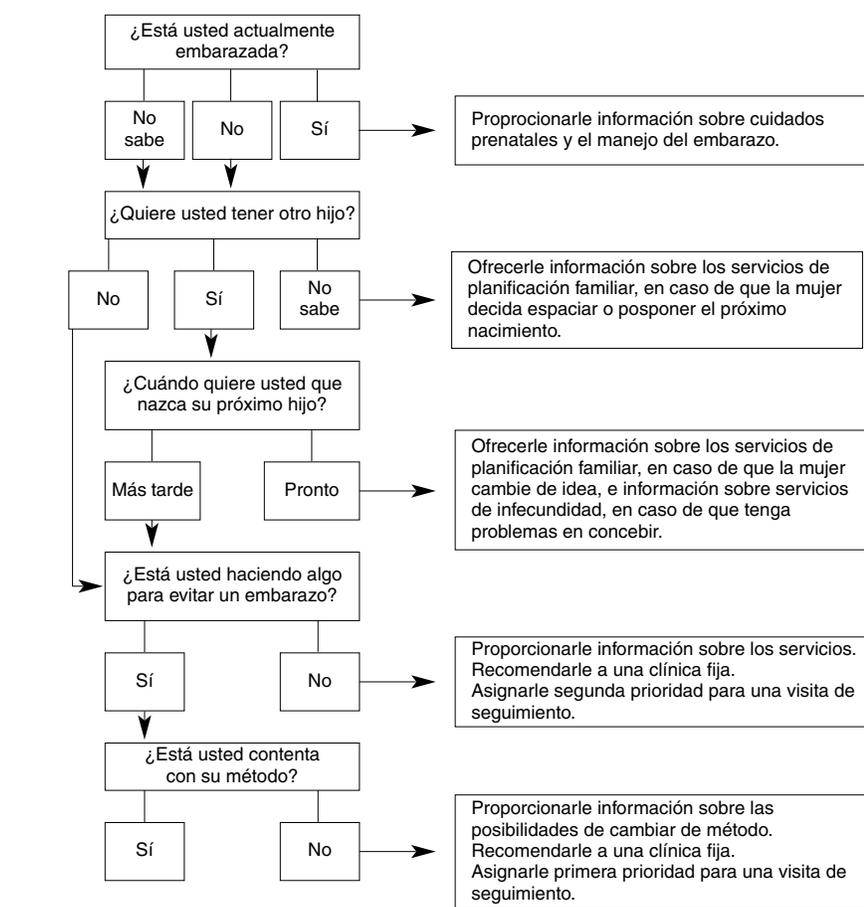
trándoles la información adecuada sobre el uso de su método seleccionado (incluidos los métodos tradicionales, tales como la abstinencia periódica), informándolas sobre la posibilidad de cambiar de método cuando se modifiquen sus necesidades y ofreciéndoles información sobre otras fuentes alternativas de su método. Sin embargo, datos recopilados de varios países en desarrollo indican que el intercambio de información entre los proveedores y las personas interesadas en obtener anticonceptivos es un aspecto generalmente muy débil del servicio.¹²

En realidad, las mujeres del tercer grupo tenían una necesidad insatisfecha en el momento justo antes de quedar embarazadas. Al ofrecerles información adecuada, tanto en el momento en que inician su práctica anticonceptiva como durante las entrevistas y contactos posteriores, un programa puede reducir el período de no uso entre un método y otro, y así aminorar la probabilidad de un embarazo no planeado. Otra estrategia programática sería la de establecer contacto con la mujer inmediatamente después que dejara de usar un método anticonceptivo, pero antes de quedar embarazada. Esto involucraría la necesidad de un tipo de algoritmo para los trabajadores de campo (incluidos los trabajadores de distribución comunitaria).

En el Gráfico 1 se ilustra este tipo de algoritmo, el cual se basa en identificar la situación actual de embarazo de la mujer, su deseo de un nacimiento adicional, cuándo quiere que ocurra su próximo parto, su uso de anticonceptivos y su satisfacción con el método que se encuentra utilizando. Este algoritmo supone que el trabajador de campo es capaz de suministrar un mínimo de información, y que su trabajo básico es el de referir a las mujeres a los servicios apropiados; puede ser fácilmente adaptado a situaciones en las que el trabajador de campo también suministra los servicios (abastece o reabastece) de métodos tales como la píldora, el condón o los inyectables.

Según esta estrategia, las mujeres que indican que están embarazadas recibirían información sobre cómo pueden manejar su embarazo en una forma segura, inclusive información sobre la disponibilidad de atención prenatal, servicios de parto y de aborto, y (en visitas posteriores) servicios de la inmunización, el amamantamiento y los métodos anticonceptivos. Asimismo, se les ofrecería la oportunidad de hacer participar a su pareja si desean hacerlo. Para las mujeres que no están embarazadas, se puede establecer prioridades para las visitas de seguimiento con vistas a re-

Gráfico 1. Esquema que se puede usar el trabajador del campo para priorizar la prestación de servicios, conforme a las respuestas de la mujer a preguntas sobre sus necesidades en salud reproductiva



ducir los embarazos no planeados.

El seguimiento de las mujeres que se encuentran utilizando un método anticonceptivo para espaciar o limitar sus nacimientos pero que no están contentas con el método, debería ser considerado como la primera prioridad de un programa de planificación familiar. Esas mujeres pasarán a la categoría de necesidad insatisfecha y pueden quedar embarazadas una vez que dejen de usar ese método, al menos cambien a otro método más apropiado. En consecuencia, necesitan de información sobre las posibilidades que tienen para cambiar de método.

Las mujeres que desean espaciar o limitar el número de hijos, pero que no se encuentran usando un método, deberían ser la segunda prioridad para una visita posterior por parte del trabajador de campo. Lo más probable es que necesiten de información acerca de dónde pueden obtener los servicios y qué pueden esperar del servicio una vez que comienzan a utilizar un método.

¿Qué pueden hacer los trabajadores de

campo con las mujeres que desean tener otro hijo pronto? Este grupo de mujeres puede necesitar ayuda si tienen dificultades para concebir, pues los trabajadores de campo deberán suministrarles información sobre servicios de infecundidad. En el caso que estas mujeres cambien de idea, los trabajadores de campo deberán también ofrecerles información sobre servicios de anticoncepción. Pero, ¿deberán los trabajadores de campo tratar de persuadir las para que cambien sus intenciones reproductivas? Este es uno de los temas más controvertidos en materia de planificación familiar, y la respuesta depende de si un país está tratando de implementar una perspectiva orientada hacia la cliente, tal como se planteó en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo de 1994, y también dependerá si ya se han satisfecho las necesidades de la mujer en los otros grupos.

He explicado el caso de este algoritmo en varios lugares y circunstancias con diferentes tipos de trabajadores y profesionales. A las personas que están estrecha-

mente vinculadas a la distribución de los servicios y conocen las restricciones que tienen los trabajadores de campo de tiempo y de habilidades, usualmente les gusta este tipo de esquema y no ven problemas en adoptarlo. Sin embargo, cuanto más nos alejamos de los asuntos del campo, más difícil resulta para las personas aceptar esta forma de pensar.

Algunos científicos sociales, donantes y funcionarios gubernamentales no están convencidos de que a una mujer que desea tener su próximo nacimiento pronto se le permita tenerlo. Consideran que hay una necesidad imperiosa de persuadir las a cambiar sus intenciones reproductivas. Algunos sostienen que, por lo menos, las mujeres que se encuentran en un elevado riesgo de tener un resultado negativo de su embarazo (porque son demasiado mayores o demasiado jóvenes, que ya tienen demasiados hijos o su último parto ocurrió muy recién) deben ser aconsejadas para que no vuelvan a concebir.¹³ Quienes abogan por este “enfoque de alto riesgo” afirman que sin este tipo de consejería, estas mujeres no pueden tomar una decisión informada acerca de tener o no otro hijo, y que no sería ético para los programas si abstuvieran de ofrecer dicha consejería.

Evidentemente, en el pasado muchos programas se centraban en la capacitación de los trabajadores de campo para prestar consejería y motivar a las mujeres que no tengan otro embarazo. En tanto que se centraban en el aspecto de la motivación, estos programas con frecuencia ignoraban las necesidades de las mujeres del prime-

ro y segundo grupos prioritarios. Sin embargo, la continuación de este enfoque no es coherente con las recomendaciones adoptadas en la conferencia de El Cairo. Por ejemplo, el Plan de Acción de la Conferencia establece que “el objetivo de los programas de planificación familiar debe ser permitir a las parejas y a los individuos decidir libre y responsablemente el número y momento en que desean tener sus hijos, y disponer de la información y los medios para hacerlo”.¹⁴

Los programas de planificación familiar que están tratando de incorporar la perspectiva de orientación hacia el cliente y de implementar las recomendaciones de El Cairo, no pueden continuar tratando de persuadir a las mujeres a cambiar sus intenciones reproductivas. Las pruebas obtenidas en el Perú sugieren que los trabajadores de campo deberían asignarle mayor prioridad a asistir a las mujeres de los primeros dos grupos (las usuarias que no están contentas con su método, y las que quieren limitar o espaciar sus nacimientos pero no usan ningún método) para evitar los embarazos no planeados. Sin embargo, en caso que se tenga que optar por un solo grupo, los trabajadores de campo deberán darle mayor preferencia a aquellas que ya han iniciado su práctica anticonceptiva. Cuántos hogares puede visitar un trabajador de campo, con cuánta frecuencia se debe visitar un hogar y qué tipo de información y servicios debe suministrar son algunos de los interrogantes que deben resolverse a través de la investigación operativa dentro del contexto de cada país.

Referencias

1. Sinding S, Ross J y Rosenfield A, Seeking common ground: unmet need and demographic goals, *International Family Planning Perspectives*, 1994, 20(1):23–27.
2. Westoff CF y Bankole A, The potential demographic significance of unmet need, *International Family Planning Perspectives*, 1996, 22(1):16–20.
3. Robey B, Rutstein SO y Morris L, The fertility decline in developing countries, *Scientific American*, 1993, 269(6):60–67; y Ross J, The question of access, *Studies in Family Planning*, 1995, 26(4):241–242.
4. Bongaarts J y Bruce J, The causes of unmet need for contraception and the social content of services, *Studies in Family Planning*, 1995, 26(2):57–75.
5. Casterline J, Perez AE y Biddlecom A, Factors underlying unmet need for family planning in the Philippines, *Studies in Family Planning*, 1997, 28(3):173–191.
6. Dixon-Mueller R y Germain A, Stalking the elusive “unmet need” for family planning, *Studies in Family Planning*, 1992, 23(5):330–335.
7. Ross J, 1995, op. cit. (véase referencia 3).
8. Bongaarts J y Bruce J, 1995, op. cit. (véase referencia 4).
9. Westoff CF y Bankole A, *Unmet Need: 1990–1994*, DHS Comparative Studies, Calverton, MD, EEUU: Macro International, 1995, No. 16.
10. Ibid.
11. Jain A, Fertility reduction and the quality of family planning services, *Studies in Family Planning*, 1989, 20(1):1–16.
12. Mensch B, Miller RA y Miller VC, Focusing on quality with “situation analysis”, *IPPF Challenges*, 1994, No. 2, pp. 17–21.
13. DeGraff DS y de Silva V, A new perspective on the definition and measurement of unmet need for contraception, *International Family Planning Perspectives*, 1996, 22(4):140–147.
14. Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, *ICPD Programme of Action*, Nueva York: Naciones Unidas, 1994, pág. 32.