

Cuidado con la brecha: respuestas a la crisis mundial de financiación en la planificación familiar

James N Gribble, ScD, Investigador asociado, The POLICY Project, The Futures Group International, Washington, DC, EE.UU.; **Victoria Jennings**, PhD, Profesor y Director, Institute for Reproductive Health, Georgetown University, Washington, DC, EE.UU.; **Minna Nikula**, MD, MPH, Investigador, National Research and Development Center for Welfare and Health, Helsinki, Finlandia

Correspondencia: Dr James N Gribble, The Futures Group International, 1050 17th Street, NW, Suite 1000, Washington, DC 20036, USA. Tel: +1 202 775 9680. Fax: +1 202-775-9698. [E-mail: j.gribble@tfgi.com](mailto:j.gribble@tfgi.com)

Resumen

La creciente brecha entre el costo que representa satisfacer las necesidades de planificación familiar y los fondos disponibles para los artículos y los programas es una de las preocupaciones de los legisladores y profesionales de la salud reproductiva. La brecha podría llegar a los \$210 millones de dólares para el año 2015. Sus causas son claras, pero sus soluciones no. Aunque los cambios en el abanico de métodos ofrecidos en los programas y la transferencia de costos podrían disminuir la brecha, una alternativa que a menudo se pasa por alto es el desarrollo e implementación de métodos eficaces y económicos. El Método de Días Fijos™ tiene una tasa de fracaso de solo 4,8% para el primer año, con uso adecuado, y es aceptable para muchas mujeres de todo el mundo. Se puede integrar fácilmente en los distintos programas. Muchas usuarias del método confían en el collar del ciclo (CycleBeads™) para identificar los días en que podrían quedar embarazadas. Si bien ya llena las necesidades de las parejas en muchos sitios, el Método de Días Fijos responde de una manera especial a las necesidades de quienes viven en lugares donde predomina el uso de métodos tradicionales, hay un alto grado de necesidades insatisfechas y escasez crónica de artículos destinados al control de la natalidad. La brecha en las donaciones podría tener consecuencias negativas, pero también propicia la reevaluación de las políticas de los programas de planificación familiar, con el fin de incluir otros métodos eficaces y de bajo costo.

Puntos clave del mensaje

- La “brecha en las donaciones” se está produciendo por la creciente demanda de servicios de planificación familiar y los niveles de financiación no mantienen el paso de las necesidades crecientes.
- Una alternativa para aminorar la brecha en las donaciones es la introducción de métodos eficaces, simples y económicos de planificación familiar, tales como el Método de Días Fijos.
- Además de satisfacer las necesidades de planificación familiar de muchas parejas, el uso del Método de Días Fijos es especialmente importante en ámbitos donde se depende sobremedida de los métodos tradicionales, hay un alto grado de necesidades insatisfechas y escasez crónica de artículos anticonceptivos.

Introducción

La creciente brecha entre el costo de satisfacer la demanda cada vez mayor de planificación familiar y las limitaciones presupuestarias para los artículos anticonceptivos en los países en desarrollo se conoce

como “brecha en las donaciones”, es decir en lo que se recibe de donantes tales como las agencias gubernamentales para el desarrollo, la Organización de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y las organizaciones internacionales para planificación familiar. De igual manera que a los usuarios del Metro de Londres se les advierte que “tengan cuidado con la brecha” para que eviten caerse y lesionarse, los legisladores y la comunidad de salud reproductiva han recibido una advertencia similar de que los fondos insuficientes para financiar los artículos de planificación familiar han creado una situación peligrosa que podría perjudicar a una gran cantidad de mujeres y hombres en todo el mundo. Las causas de la brecha en las donaciones son claras; sus soluciones no lo son. Este comentario explora las posibles consecuencias de la brecha y resalta una alternativa que a menudo se pasa por alto.

La brecha en las donaciones

Lo que alimenta la brecha en las donaciones es la demanda cada vez mayor de planificación familiar en todo el mundo. Un factor que afecta la demanda es el número creciente de personas en edad reproductiva. En el año 2000, en los países en desarrollo había aproximadamente 1.261 millones de mujeres entre los 15 y los 49 años de edad; ese número se espera que alcance los 1.548 millones para el año 2015.¹ Estos 287 millones adicionales de mujeres —casi 23% más que en el 2000— impondrán una carga pesada a los programas de planificación familiar, aunque no aumente la prevalencia de anticonceptivos. Un segundo factor que afecta la demanda de artículos anticonceptivos es la creciente prevalencia de éstos. En el 2000, la prevalencia entre las mujeres que tenían relaciones estables (en pareja) en los países en desarrollo se calculaba en 59,8%; se calcula que para el 2015 será de 65,4%.¹

El aumento en la prevalencia, sumado al crecimiento del número de mujeres en edad reproductiva, traerá como resultado que los niveles presupuestarios actuales dejen de ser suficientes para satisfacer las necesidades de planificación familiar. ¿Y qué decir de los costos de los artículos para satisfacer la creciente demanda de planificación familiar? La Tabla 1 presenta tres cálculos de los precios de los artículos anticonceptivos: Los cálculos de Bulatao para 1999, con base en los cronogramas del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); los precios de la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional

(USAID) en 2000 y los cálculos de Saunder para el UNFPA en 2001.²⁻⁴ El costo unitario se usa para calcular los rangos de costos de los artículos para un año de uso del método. Por ejemplo, si una caja de píldoras cuesta entre \$0,175 y \$0,287 dólares, entonces 15 cajas, que es el número utilizado por la USAID para calcular un año de protección para una pareja, costaría entre \$2,28 y \$3,73. El costo de los métodos que dependen del coito (condones y espermicidas) se basa en los hallazgos de Stover y colegas de que las personas que usan esos métodos tienen relaciones sexuales 64 veces al año, en promedio; un cálculo que es bastante inferior al de 105-120 unidades utilizado para medir un año de protección por pareja (años-pareja).⁵

Si una pareja usa espermicidas vaginales, el cálculo del costo anual de los artículos estaría entre \$3,84 y \$8,00. Cuando se ponen juntos la demanda de anticoncepción y el costo de los artículos, la importancia de "la brecha" se vuelve evidente. Después del Congreso Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994, las donaciones aumentaron levemente y alcanzaron los \$172 millones en

1996, pero descendieron a \$131 millones en 1999.³ Ross y Bulatao proyectaron el costo de los artículos para el año 2015 y calcularon que alcanzarán aproximadamente \$350 millones, lo que representa un aumento de 155% sobre el nivel de donación promedio de 1997-1999, de \$147 millones.³ Luego calcularon el tamaño de la brecha con base en dos escenarios financieros. En uno de ellos, los fondos aportados por los donantes aumentarían 3% por año con respecto al nivel de 2000 y la brecha alcanzaría \$140 millones para el 2015. En el segundo escenario, los fondos de los donantes para artículos básicos se mantendrían constantes en el nivel del 2000 (aproximadamente \$140 millones) y la brecha alcanzaría \$210 millones en el 2015. Aunque estos escenarios representan situaciones hipotéticas, ilustran un punto sobre el cual concuerdan todos: la financiación de los donantes para suministros de anticonceptivos no están a la par de la creciente demanda de planificación familiar.

Tabla 1 Costos de los artículos anticonceptivos, calculados desde 1999 a 2001

Método	Costo/unidad (US\$)			Unidades necesarias/año	Costo/año (US\$)
	UNFPA (1999) ²	USAID (2000) ³	Saunders (2001) ⁴		
Métodos a corto plazo					
Píldoras	0,287	0,217	0,175	15 cajas	2,28-3,73
Inyectables	1,100	0,970	0,675	4 inyecciones	2,70-4,40
Condón	0,026	0,066	0,025	64 unidades	1,60-4,22
Espermicidas vaginales	0,099	0,125	0,060	64 unidades	3,84-8,00
Métodos a largo plazo					
Norplant®	ND	23,80	23,00		6,57-6,80
Esterilización femenina	10,64	ND	ND		1,20
Esterilización masculina	5,92	ND	ND		0,67
DIU	1,65	1,45	ND		0,41-0,47

Fuentes de datos de los costos: Bulatao (1999)², Ross y Bulatao (2001)³ y Saunders (2001)⁴.

Costos/año de condón y espermicidas vaginales con base en 64 coitos por año. Costo/año de los métodos a largo plazo con base en años de protección por pareja, o años-pareja (suficientes artículos para proporcionar anticoncepción a una pareja durante un año), factor publicado por Stover y otros. (2000)⁵. NORPLANT con base en 3,5 años-pareja, esterilización con base en 8,9 años-pareja y DIU con base en 3,5 años-pareja. DIU, dispositivo intrauterino; ND, no disponible; USAID, US Agency for International Development.

Soluciones para la brecha en las donaciones

Si la brecha en las donaciones sigue creciendo y los enormes déficit en los subsidios para artículos de consumo se convierten en realidad, ¿qué podrían hacer los programas para minimizar los efectos adversos de esta situación? Las opciones incluirían cambiar los niveles y las restricciones de las donaciones, compartir y transferir los costos e implementar métodos alternativos y menos costosos.

La opción más sencilla involucra los donantes. Si se elevan los niveles de donación y se disminuyen las restricciones, eso permitiría que sus contribuciones tuvieran un mayor impacto a la hora de responder a las necesidades crecientes. Sin embargo, ninguno de los cambios parece probable en las condiciones económicas y políticas actuales. Dado que la brecha representa hasta un 150% de los niveles de donación

actuales, no es probable que las futuras donaciones sean capaces de cerrar la brecha por sí solas.

El costo compartido, que se menciona con frecuencia en el contexto de las iniciativas de seguridad anticonceptiva, es otra de las posibilidades para mantener los niveles actuales de esfuerzo de los programas.⁶ En ese escenario, el gobierno y el público deben tener una mayor participación en los costos de los artículos. Una opción es que esos gobiernos transfieran los costos adicionales a través de tarifas para el usuario en el sector público. En algunos países esta opción sería posible y representaría la meta de muchas reformas en el sector de salud. La segmentación del mercado ayudaría a identificar a aquellos individuos que necesitan anticonceptivos subsidiados y exigiría que otros pagaran por la planificación familiar. Los estudios han encontrado que

un porcentaje considerable de mujeres que dependen de píldoras subsidiadas por el sector público, podrían, de hecho, pagar por ellas.⁷⁻⁸ Los programas para estimular el sector comercial podrían convertirlo en una fuente más viable para la planificación familiar. Una forma alterna de compartir los costos sería que las comunidades utilizaran otros mecanismos como las tarifas del usuario, los fondos giratorios y los programas de seguros para financiar los artículos y servicios de la planificación familiar.

En vez de compartir los costos, los gobiernos podrían desplazarlos si retiraran algunos de los métodos más costosos del programa del sector público. Por ejemplo, el costo por año de los implantes y espermicidas es mucho más alto que el de otros métodos, y en una situación crítica se podría tomar la decisión de restringir la disponibilidad de estos métodos, al menos en el sector subsidiado. De igual manera, los gobiernos podrían empezar a hacer hincapié en los métodos a largo plazo que, en última instancia, mejorarían la rentabilidad de los programas. Tales decisiones disminuirían drásticamente la cantidad de posibilidades a disposición de hombres y mujeres, en particular aquellos métodos que contribuyen a espaciar los hijos. A pesar de las implicaciones negativas para la toma consciente de decisiones y la calidad de la atención, estas opciones se deben tener en cuenta como respuesta a la brecha en las donaciones.

Una alternativa más positiva sería el desarrollo y la implementación de nuevos métodos menos costosos. En un seminario reciente sobre programas de planificación familiar en el siglo XXI, se citó el costo como el factor más importante que limita la disponibilidad de anticonceptivos hormonales a largo plazo, los cuales representan muchas de las soluciones tecnológicas que se están desarrollando actualmente.⁹ Si se tiene en cuenta la brecha en las donaciones proyectada, los métodos costosos impondrían una carga financiera excesiva en programas que ya están faltos de recursos. Quizá sea necesario prestar más atención a los métodos menos costosos.

Una alternativa más económica: el Método de Días Fijos

En los programas se está incluyendo un nuevo método que se basa en el conocimiento de los ciclos fértiles y se llama Método de Días Fijos™. Identifica el periodo fértil fijo en el ciclo menstrual y ayuda a las usuarias a recordar en qué días pueden quedar embarazadas. La pareja debe evitar las relaciones sexuales sin protección en los días 8 a 19 del ciclo femenino, si no desea un embarazo. Muchas parejas eligen usar condones cuando tienen relaciones sexuales durante los días fértiles.¹⁰⁻¹²

En un estudio multicéntrico de eficacia, se encontró que el Método de Días Fijos tenía una tasa de fracasos de 4,8 durante el primer año, si usaba correctamente, y de 12,0 con uso típico, lo cual se compara favorablemente con otros métodos que dependen del usuario, como se muestra en la Table 2.^{13,14}

El método se adapta con facilidad a los programas de atención primaria, en las asociaciones de planificación familiar y en las organizaciones no gubernamentales, no sanitarias.¹⁵ Los profesionales de la salud con

experiencia en planificación familiar pueden recibir capacitación para enseñar el Método de Días Fijos en tan sólo medio día.

Tabla 2 Tasas de embarazos no deseados durante el primer año de uso típico y correcto de los métodos de planificación familiar que no dependen del usuario

Método	Tasa de embarazo	
	Uso típico	Uso correcto
Probabilidad	85	8
Espermicidas	26	6
Tapón cervical	40	2
Mujeres que han tenido hijos		6
Mujeres nulíparas	20	9
Esponja	40	2
Mujeres que han tenido hijos		0
Mujeres nulíparas	20	9
Diafragma	20	6
Condón	14	3
Hombre		
Mujer	21	5
Método de Días Fijos™	12	5

Fuentes: Hatcher y otros. (1998)¹⁴ y Arévalo y otros. (2002)¹³.
Nota: Las tasas de embarazo se extraen de estudios que utilizan diferentes metodologías y pueden no ser comparables directamente.

Las usuarias del Método de Días Fijos recurren a una sarta de perlas con colores específicos que se conoce como el Collar de Días Fijos o CycleBeads™ (Figura 1), para identificar los días fértiles y los no fértiles, y supervisar la duración del ciclo. Cada perla representa un día del ciclo y un anillo en forma de banda se mueve cada día a la próxima perla, para seguir el ciclo. En los días correspondientes a las perlas marrones el riesgo de embarazo es extremadamente bajo y en los de las perlas blancas el riesgo es alto. La fabricación del collar y su distribución cuestan aproximadamente \$1,25-\$1,50. La vida esperada del producto es de más de dos años, para un costo anual bien por debajo de \$0,75.

El uso del Método de Días Fijos representa una estrategia de ahorro para ayudar a las parejas a alcanzar sus metas reproductivas. Dada la urgencia por la brecha en las donaciones, el Método de Días Fijos merece ser considerado en diferentes ámbitos, como los que se describen a continuación. 1. *Uso difundido de métodos tradicionales.* En Bolivia, por ejemplo, donde el 48% de prevalencia de anticonceptivos se debe al uso de métodos tradicionales, el Método de Días Fijos ayudaría a las usuarias de la abstinencia periódica a identificar los días del ciclo en que es probable que ocurra el embarazo.¹⁶

De igual manera, las usuarias del coitus interruptus (coito interrumpido) también se beneficiarían de saber en qué días se puede producir el embarazo, para poder utilizar métodos de barrera o evitar las relaciones sexuales en esos días.

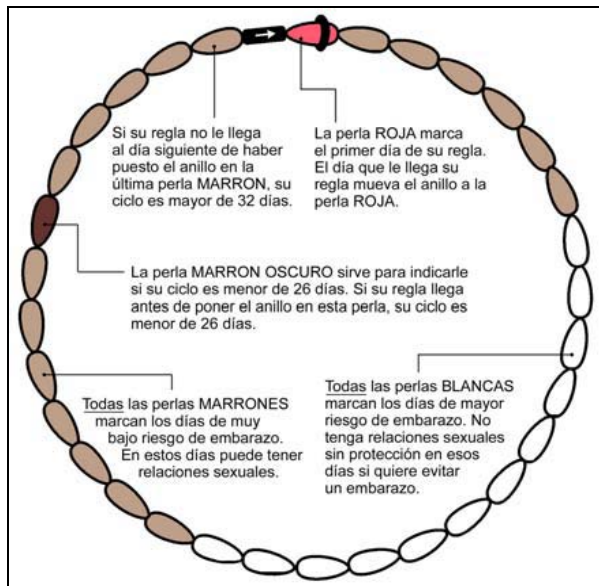


Figura 1: CycleBeads™: una herramienta para ayudar a las usuarias del Método de Días Fijos™ a identificar los días en que es probable que queden embarazadas, y en qué parte del ciclo se encuentran

2. **Grandes necesidades insatisfechas de planificación familiar.** En Uttar Pradesh, India, las necesidades insatisfechas de planificación familiar son aproximadamente del 25% entre mujeres casadas en edad reproductiva.¹⁷ Bajo estas necesidades insatisfechas hay una prevalencia de anticoncepción de 28,1%; más de la mitad debido a esterilización femenina. En ámbitos como ese muchas mujeres dudan en usar anticoncepción hormonal por miedo a que su fecundidad se altere o debido a lactancia prolongada.¹¹

El Método de Días Fijos podría ser una solución de bajo costo para muchas de las mujeres que necesitan planificación familiar en esos ámbitos.

3. **Escasez crónica de artículos anticonceptivos.** Por una gran variedad de razones, Rumania ha sufrido frecuentemente de escasez de artículos anticonceptivos.¹⁸

En 1999, solo 27% de las mujeres en unión libre usaban métodos modernos; la confianza en el método del coitus interruptus y el uso esporádico de condones contribuyó, tanto a las altas tasas de fracaso del método, como a las altas tasas de aborto.^{18,19}

El Método de Días Fijos podría introducirse dentro del programa como una medida para detener el crecimiento de la brecha, cuando los suministros escasean, y como un método alternativo de bajo costo. Los análisis futuros emplearán los recientes datos demográficos y de encuestas de salud y utilizarán simulaciones computarizadas para establecer el ahorro de la introducción del Método de días Fijos en los ámbitos mencionados y examinar temas relacionados con costo y tasas de fertilidad. Ante la evidencia de la disminución del apoyo en donaciones de artículos anticonceptivos, el Método de Días Fijos destaca como una opción eficaz y económica que puede responder, tanto a las necesidades individuales, como a las del programa.

Conclusiones:

La advertencia para la comunidad de salud reproductiva es clara: cuidado con la brecha. La creciente brecha en las donaciones podría tener algunas consecuencias negativas importantes. Sin embargo, también ofrece la oportunidad de reevaluar las políticas de los programas de planificación familiar, incluida la disponibilidad de métodos eficaces y económicos como el Método de Días Fijos.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a John Stover, John Ross, Erin Anastasi y Rebecka Lundgren por sus comentarios sobre este artículo.

Declaraciones sobre financiación y conflicto de intereses

Financiación. Esta investigación fue subvencionada bajo el convenio de cooperación #HRN-A-00-97-00011-00 de la US Agency for International Development con el Georgetown University Medical Center/Institute for Reproductive Health. **Conflicto de intereses.** Ninguno identificado.

Bibliografía

- 1 United Nations Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, Population Division. *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1998*. New York, NY: United Nations Department of Economic and Social Information and Policy Analysis, Population Division, 1999.
- 2 Bulatao RA. *Reproductive-health Commodity Requirements and Costs in Developing Regions, 1999-2015*. New York, NY: United Nations Population Fund, 1999 [cited in Ross and Bulatao, 2001].
- 3 Ross J, Bulatao R. *Contraceptive Projections and the Donor Gap* (Meeting the Challenge Series). Rosslyn, VA: John Snow, Inc., 2001.
- 4 Saunders C. *Procurement: A Key Element of Supply Security. Meeting the Reproductive Health Challenge: Securing Contraceptives, and Condoms for HIV/AIDS Prevention* (Meeting the Challenge Series). Washington, DC: Population Action International, 2001.
- 5 Stover J, Bertrand J, Shelton J. Empirically based conversion factors for calculating couple-years of protection. *Eval Rev* 2000; 24: 3-46.
- 6 Fort C. *Financing Contraceptive Supplies in Developing Countries: Summary of Issues, Options, and Experiences* (Meeting the Challenge Series). Rosslyn, VA: John Snow, Inc., 2001.
- 7 Bulatao RA. *What Influences the Private Provision of Contraceptives?* Commercial Market Strategies Technical Paper Series No. 2. Washington, DC: The Futures Group International, 2002.
- 8 Foreit KG. *Broadening the Commercial Sector Participation in Reproductive Health*. Commercial Market Strategies Project Technical Paper Series No. 3. Washington, DC: The Futures Group International, 2002.
- 9 Bongaarts J, Johansson E. Future trends in contraceptive prevalence and method mix in the developing world. *Stud Fam Plann* 2002; 33: 24-36.
- 10 Gribble J, Velasquez C, Pinto E, et al. *Using Condoms Together with Four Methods of Family Planning* (Institute Working Paper). Washington, DC: Institute for Reproductive Health/Georgetown University, 2003.
- 11 Dosajh U, Sood B, Lundgren R. *Incorporating the Standard Days Method into CASP Reproductive Health and Sustainability Project, Final Report*. New Delhi, India: TNS MODE, 2003.
- 12 Pavon S, Velasquez C. *Introducing the Standard Days Method of Family Planning into Existing Multi-method and Natural Method Family Planning Programs in Honduras, Final Report*. Tegucigalpa, Honduras: ASHONPLAFA, 2003.
- 13 Arévalo M, Jennings V, Sinai I. Efficacy of a new method of family planning: the Standard Days Method. *Contraception* 2002; 65: 333-338.
- 14 Hatcher R, Trussell J, Stewart F, et al (eds) *Contraceptive Technology* (17th edn). New York, NY: Ardent Media, Inc., 1998.
- 15 Gribble J. The Standard Days Method of family planning: a response to Cairo. *Int Fam Plann Perspect* 2003; 29: 188-191.
- 16 Ministerio de Hacienda, Instituto Nacional de Estadística de la República de Bolivia. Programa DHS. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Calvert, MD: Demographic and Health Surveys/Macro International Inc., 1998.
- 17 India Institute for Population Sciences (LIPS) and ORC Macro. *National Family Health Survey (NFHS-2)*, India, 1998-1999. Uttar Pradesh, Mumbai, India: LIPS, 2001.
- 18 Dayaratna V, Zosa-Feranil I, Stanesco A, et al. *Barriers to Implementing Contraceptive Security Policies in Romania*. Washington, DC: The Futures Group International, 2002.
- 19 Serbanescu F, Morris L, Marin M (eds). *Reproductive Health Survey Romania, 1999*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2001.