

Tendencias mundiales en los programas de planificación familiar, 1999–2014

CONTEXTO: Desde 1972, el Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar ha medido las actividades de los programas nacionales de planificación familiar en países en desarrollo y ha proporcionado una perspectiva longitudinal de un conjunto estandarizado de características de los programas.

MÉTODOS: En 2014, usando un cuestionario estandarizado, expertos en 90 países en desarrollo evaluaron los esfuerzos realizados por los programas nacionales de planificación familiar en cuatro principales áreas componentes: políticas, servicios, mecanismos de monitoreo y evaluación, así como acceso a métodos. Los resultados se compararon con datos de años anteriores.

RESULTADOS: A nivel mundial, los esfuerzos realizados por los programas nacionales de planificación familiar han progresado en las cuatro principales áreas componentes. El componente de servicios, que históricamente ha sido el más débil, obtuvo el puntaje más bajo de todos los componentes en 2014, a 47% del esfuerzo máximo, a pesar de una marcada mejora de 7.6 puntos porcentuales con respecto a 1999. Las políticas, generalmente el componente más fuerte, se mantuvo como el más sólido en 2014, con 55% del puntaje máximo y una mejora de 6.7 puntos porcentuales con respecto a 1999. El componente conformado por el monitoreo y la evaluación evidenció la mejora más pronunciada, de 7.8 puntos porcentuales, de 45% a 53%, mientras que el acceso tuvo una mejora modesta de 2.7 puntos porcentuales, de 49% a 52%. En general, los esfuerzos de planificación familiar fueron más fuertes en Asia y Oceanía, y más débiles en Asia Central y Europa Oriental.

CONCLUSIONES: Los programas de planificación familiar han mejorado consistentemente a nivel global en las últimas décadas, aunque todavía hay espacio para un mayor desarrollo en todas las regiones.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2017, pp. 21–33, <https://doi.org/10.1363/SP02117>

Por Bernice Kuang
y Isabel Brodsky

Bernice Kuang es demógrafa e Isabel Brodsky es asesora técnica, ambas en Palladium, Washington, DC.

Los programas de planificación familiar a nivel nacional surgieron en los años sesenta y están actualmente activos en muchos países en desarrollo en todo el mundo. Estos programas varían significativamente en efectividad y cobertura. Los programas nacionales de planificación familiar sólidos tienen ciertas características clave, como la provisión de una variedad de servicios de planificación familiar de alta calidad, opciones de consejería y anticoncepción, así como un amplio apoyo multisectorial gubernamental y del sector privado. Las políticas nacionales cuando son claras ayudan a proporcionar una estructura para los programas de planificación familiar, los que deben ser apoyados mediante monitoreo y evaluación, capacitación, supervisión y apoyo logístico realizados con regularidad. Debido a que los servicios y métodos deben ser accesibles a toda la población, los programas efectivos tienen amplias estrategias de alcance comunitario para servir a la población en general y cuentan con enfoques dirigidos para llegar a las poblaciones insuficientemente atendidas a través de programas de medios masivos de comunicación, mercadeo social o distribución basada en la comunidad. Asimismo, los programas exitosos tienen en operación medidas de aseguramiento de la calidad basadas en derechos

para asegurar la aceptación voluntaria y bien informada de la planificación familiar.¹

Los programas nacionales de planificación familiar se benefician por el monitoreo que se realiza con regularidad para identificar tanto áreas de éxito como áreas que necesitan desarrollarse. Desde 1972, el Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar ha proporcionado periódicamente medidas estandarizadas de la solidez de los programas nacionales de planificación familiar de todo el mundo. Sus medidas, categorizadas en cuatro principales áreas componentes –contexto de políticas, provisión de servicios, monitoreo y evaluación y acceso a métodos– se basan en características importantes de los programas exitosos.^{2,3} Este conjunto de datos longitudinales se extiende a través de cinco décadas y sirve como la única fuente internacional públicamente disponible para analizar cambios en los programas nacionales de planificación familiar a través del tiempo. Dado que el Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar mide insumos, más que resultados, los programas pueden usarlo para determinar en dónde debe aplicarse un mayor esfuerzo; también, los principales donantes y socios para el desarrollo han usado con frecuencia los puntajes del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar tanto

para identificar debilidades en los programas, como para medir sus avances en el tiempo. Los puntajes del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar también han figurado en numerosos análisis a lo largo de los años para investigar el impacto de los programas independientemente de cambios socioeconómicos en el uso de anticonceptivos y los niveles y cambios en la fecundidad.^{4,6}

Si bien la relevancia de la planificación familiar en la agenda para el desarrollo ha tenido altibajos a lo largo de los años, el Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar se ha usado históricamente como una fuente de datos confiable y consistente para los países y las agencias para el desarrollo. Por ejemplo, los estudios sobre el Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar llevados a cabo en 1999, 2004 y 2009 se usaron para monitorear los esfuerzos nacionales aplicados para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 y 5, mismos que se enfocaron en reducir la mortalidad materna e infantil, así como en mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva.⁷

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible⁸ (ODS), adoptados en 2015 como continuación de los ODM, especifican prioridades similares de salud materna e infantil para 2030 en el ODS 3, el cual hace un llamado para asegurar la salud y el bienestar a todas las edades. Además, el ODS 3.7 establece la meta de “garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.”^{8(p.16)} Además, el ODS 5 promueve la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas; el ODS 5.6 reitera la meta de acceso universal a la salud sexual y reproductiva y pone énfasis en la meta de acceso universal a los derechos reproductivos.

Planificación Familiar 2020 (PF2020) es una alianza global de gobiernos, donantes, organizaciones privadas, sociedad civil y la comunidad de investigación en apoyo a “los derechos de las mujeres y las niñas a decidir libremente y por ellas mismas si tener o no hijos, cuándo tenerlos y cuántos desean tener”.⁹ Con su enfoque en 69 países prioritarios, PF2020 también ha elevado el perfil de la planificación familiar en la agenda para el desarrollo y ha destacado aún más la importancia del compromiso político, el apoyo financiero, los servicios de alta calidad basados en derechos, así como el monitoreo y la evaluación consistentes. Así, el Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar será útil como herramienta de monitoreo durante el curso de PF2020 y rumbo al logro de los ODS.

En este artículo, resumimos los resultados del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar de 2014, mismo que usa 36 calificaciones en las cuatro áreas componentes para describir el panorama actual de los esfuerzos de los programas nacionales de planificación familiar en el mundo en desarrollo. Usando el conjunto de datos longitudinales de 1999 en adelante evaluamos el grado de mejora en el esfuerzo del programa de planificación familiar desde una perspectiva nacional, regional y global. Nuestro artículo presenta el primer análisis completo del ciclo de 2014 y

usa esos datos, así como los de los ciclos de 1999, 2004 y 2009 para examinar las tendencias a lo largo de los últimos 15 años.

DATOS Y MÉTODOS

La ronda 2014 del estudio usó métodos muy similares a los usados en todas las rondas desde 1999. Una excepción fue el uso de dos agencias implementadoras, cada una con financiamiento separado. El Proyecto de Políticas de Salud financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, proporcionó apoyo a Futures Group para llevar a cabo el proyecto en África subsahariana anglófona; Asia y Oceanía; el Medio Oriente y Norte de África; así como Asia Central y Europa Oriental, excluyendo los países prioritarios de PF2020. Por su parte, la Fundación Bill y Melinda Gates apoyó el proyecto Track20, implementado por Avenir Health, para llevar a cabo el estudio en los países prioritarios de PF2020, en África subsahariana francófona y lusófona, así como en América Latina y el Caribe. Todos los procedimientos usados por las dos organizaciones fueron idénticos.

Primero, para cada país identificamos un gerente del estudio que estuviera familiarizado de cerca con el programa nacional de planificación familiar y que pudiera seleccionar a personas con conocimientos acerca del programa, para ser entrevistadas. Los gerentes del estudio consiguieron personas a entrevistar con una variedad de antecedentes incluyendo experiencia en el gobierno, sector privado, academia, organizaciones no gubernamentales y agencias internacionales.

Buscamos recolectar datos en países en desarrollo con poblaciones de más de un millón de habitantes que cumplieran con al menos uno de los siguientes criterios: tener un programa nacional de planificación familiar activo, haber sido incluidos en al menos una ola previa del estudio o estar incluidos en la lista de países prioritarios de PF2020. Definimos como programa nacional activo cualquier actividad del sector público dedicada a la provisión de servicios de planificación familiar. Intentamos entrar en contacto con expertos en 100 países. Finalmente, recolectamos y analizamos datos de 90 países que comprenden más del 90% de la población en los países en desarrollo. Omitimos 10 países porque, después de varios intentos, los gerentes del estudio no respondieron ni identificaron expertos en el país. El número de países representados en 2014 fue mayor que el número representado en los otros ciclos examinados aquí (81 en 2009, 82 en 2004 y 87 en 1999).

Cada gerente del estudio identificó a 10–15 personas expertas a entrevistar en sus respectivos países, con lo que se llegó a un total de 1,177 personas entrevistadas en 90 países. Las personas entrevistadas completaron un cuestionario estándar para calificar el nivel de esfuerzo aplicado en 36 características de su programa nacional de planificación familiar. Cada característica se calificó en una escala de 1 (esfuerzo mínimo o nulo) a 10 (más alto nivel de esfuerzo). Se incluyeron aspectos adicionales, como se había hecho en 2009, cubriendo temas que no se usan para

calcular los puntajes de Esfuerzo de Planificación Familiar en general. Estos aspectos se enfocaron en justificaciones del programa de planificación familiar, el énfasis aplicado a llevar los servicios a poblaciones especiales (como las jóvenes solteras o las poblaciones rurales) y la calidad percibida del programa de planificación familiar.

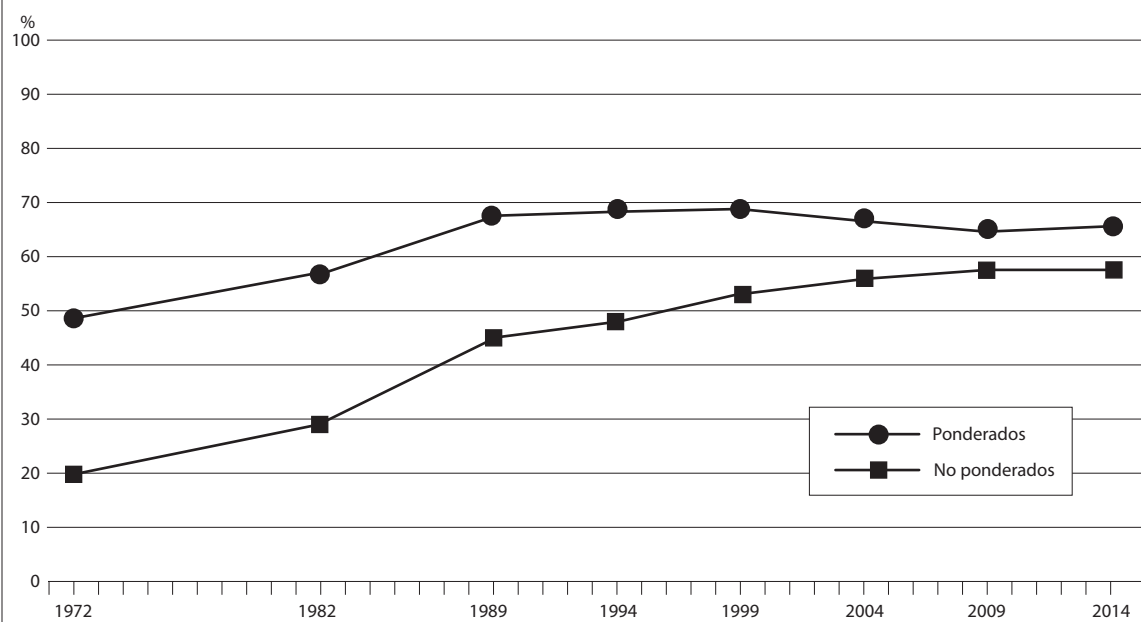
Para minimizar el sesgo introducido por la variabilidad en las áreas de conocimiento de las personas entrevistadas, los gerentes del estudio les instruyeron saltarse las preguntas de cuya respuesta no estaban seguras o de las que no tenían un conocimiento relevante. Los gerentes del estudio ingresaron datos de los cuestionarios en una base de datos a nivel de país; y los equipos tanto del Proyecto de Políticas de Salud como de Track20 conciliaron manualmente las bases de datos contra una selección de cuestionarios originales para verificar la exactitud de la captura de datos; los valores extremos fueron verificados con los gerentes del estudio.

Para un determinado país, las calificaciones de cada pregunta se promediaron entre los entrevistados. Estas calificaciones se promediaron posteriormente por componente para producir los puntajes individuales de los cuatro componentes; el contexto de políticas se midió por medio de ocho calificaciones, el monitoreo y la evaluación por tres, el acceso por 12 y la provisión de servicios por 13. El contexto de políticas mide el ambiente que posibilita el programa, como el apoyo de los líderes en el país, las directrices regulatorias para la importación o manufactura de suministros, así como la asignación de presupuestos para las actividades de planificación familiar. El componente de monitoreo y evaluación analiza el alcance de la recolección

de datos y la evaluación, así como el grado en que se usan los datos para mejorar las operaciones. Las preguntas sobre acceso se enfocan en el grado en que varios métodos, los servicios específicos por método y el aborto seguro (independientemente de su legalidad) están disponibles para toda la población, mientras que las preguntas sobre los servicios miden características como la disponibilidad de distribución basada en la comunidad, el grado en el que las instituciones de salud tienen el personal adecuado, así como el grado en el que el personal está capacitado y es supervisado. El puntaje del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar fue el promedio de las 36 calificaciones. Las respuestas a las preguntas adicionales sobre justificaciones del programa y énfasis en subgrupos de población no se usaron para calcular los puntajes de los componentes o el Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar total general (pero están disponibles para su uso por investigadores y partes interesadas).

En el conjunto de países, la tasa de respuesta fue de 96% en relación con los elementos del cuestionario usados para calcular el Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar y los cuatro puntajes de los componentes; por su parte, la tasa de respuesta para las preguntas adicionales relacionadas con las justificaciones del programa y el énfasis en los subgrupos de población fue del 98%. Finalmente, todas las calificaciones se calcularon como porcentajes del puntaje máximo, lo que facilita las comparaciones entre los componentes y con previos ciclos del estudio. Aunque la experiencia pasada muestra que los puntajes de los países con mejor desempeño han sido solamente de alrededor del 80% de este máximo, hemos retenido la cifra del 100%

FIGURA 1. Puntajes del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar total global ponderados y no ponderados como porcentaje del puntaje máximo posible, 1972-2014



Notas: El puntaje global para cada año de la encuesta incluye a todos los países analizados en ese año. Tanto los puntajes ponderados como los no ponderados se ajustaron para comparabilidad entre las encuestas de versión larga y versión corta. La medida original de acceso de siete elementos se usó para calcular el puntaje del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar total de 2014.

para tener la perspectiva completa y asegurar la consistencia con informes anteriores.

Calculamos tanto puntajes no ponderados como ponderados para cada región promediando los puntajes de los componentes y los puntajes totales del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar para todos los países incluidos en la región. El promedio global no ponderado, que cubre todas las regiones, es el promedio de los puntajes de los componentes de todos los países y los puntajes totales del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar. El puntaje de cada país se ponderó con base en el tamaño total de su población, tomado de la Revisión de 2013 de las Proyecciones de la Población Mundial de las Naciones Unidas.¹⁰ Con excepción de la Figura 1, en la que se presentan tanto los puntajes ponderados como los no ponderados, el análisis de los resultados de 2014 presenta puntajes ponderados, mientras que los análisis históricos no están ponderados debido a las cambiantes distribuciones de la población a través del tiempo.

Este artículo analiza tendencias de ciclos del estudio para 1999, 2004, 2009 y 2014. También utilizamos datos de 1972–1994 para mostrar tendencias desde el primer hasta el último ciclo del estudio.

Cambios en la metodología en 2014

La iteración de 2014 del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar difirió de los ciclos previos de dos formas. Primero, en todos los países, los elementos del cuestionario sobre el Esfuerzo de Planificación Familiar tuvieron a continuación los elementos del Índice Nacional Compuesto para Planificación Familiar (INCPF), una colección de indicadores diseñados por Track20 para medir indicadores de avance específico de la iniciativa PF2020. El INCPF mide el ambiente que posibilita la planificación familiar, particularmente en los 69 países prioritarios de PF2020; de esta forma, buscamos gerentes del estudio en todos los 69 países de PF2020 independientemente de si dichos países cumplían con los criterios de población.

Segundo, el ciclo de 2014 del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar incluyó cinco nuevos elementos en el componente de acceso, además de los siete originales. Estos elementos se añadieron para tomar en cuenta la creciente importancia de los métodos y servicios anticonceptivos más nuevos —específicamente, los servicios de remoción de DIU, implantes, servicios de remoción de implantes, anticonceptivos de emergencia y consejería sobre métodos permanentes. Incluimos los servicios de remoción del método y de consejería para medir el consentimiento informado y la aceptación voluntaria de la planificación familiar. Para mantener la comparabilidad entre las olas de la encuesta, solamente se usaron las siete calificaciones originales de acceso para calcular el puntaje del componente de acceso y el Índice de Esfuerzo de Planificación

Familiar total cuando comparamos 2014 con las encuestas anteriores. En contraste, en los análisis transversales solo de la encuesta de 2014, se usaron las 12 calificaciones de acceso para calcular tanto el puntaje del componente de acceso en general como el puntaje del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar total.

Ajustes para mantener la comparabilidad

Ajustamos varios cálculos para mejorar la comparabilidad entre los ciclos de la encuesta. Primero, con excepción de la Figura 1, cuando los puntajes de 2014 se compararon con los puntajes históricos, incluimos solamente los 54 países que fueron incluidos en las cuatro rondas del estudio de 1999 a 2014. (Ver Apéndice 1 para consultar la lista de los 54 países). En contraste, cuando los puntajes de 2014 se analizaron por sí solos, los 90 países se incluyeron en los cálculos.

Solamente para la Figura 1, fueron incluidos todos los países encuestados en cada año y, consecuentemente, el conteo de cuántos países figuran en los cálculos y cuáles países fueron analizados, difiere de ciclo a ciclo. Además, antes de 1999 se usó un cuestionario de versión larga. En 1999 se adoptó un cuestionario más simple y se implementó junto con el cuestionario largo para permitir la calibración. La diferencia promedio entre los cuestionarios largo y corto en 1999 nos permite ajustar los resultados subsecuentes para producir la serie completa en la Figura 1. Este ajuste solamente se aplicó en la Figura 1 porque comprende los resultados tanto del cuestionario largo como del corto: todos los otros gráficos y cuadros que dan seguimiento a patrones históricos se enfocan solamente en las encuestas de versión corta y, por lo tanto, no necesitan ajustes posteriores.

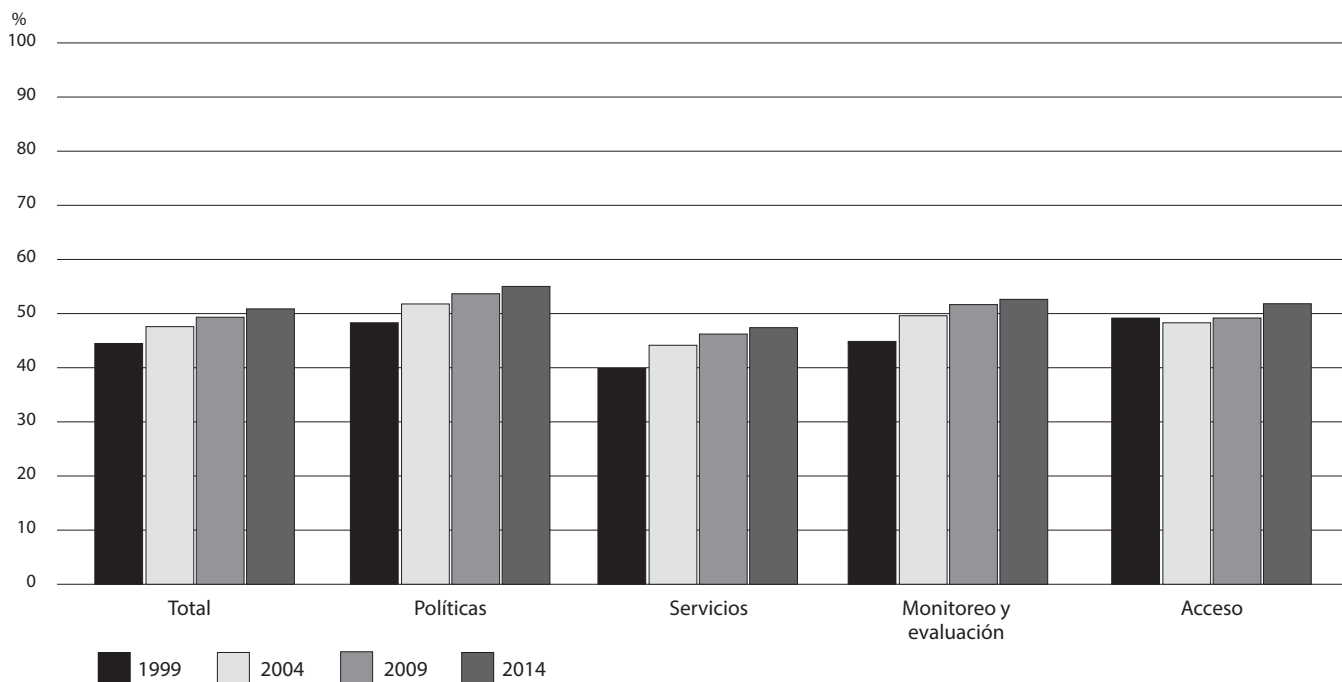
Limitaciones

Hay dos tipos de limitaciones para esta investigación: las propias de la metodología y las que son particulares de este ciclo. En cuanto a la primera, los datos provienen de calificaciones subjetivas por observadores del programa nacional de planificación familiar. La ventaja de las calificaciones de los observadores, sin embargo, es que las estimaciones surgen de variables para las cuales no existen medidas objetivas, como la calidad de la capacitación y supervisión o la proporción de la población total que tiene un acceso “disponible y fácil” a cada método anticonceptivo.

Una limitación adicional es que debido a que los ciclos están separados por alrededor de cinco años, las personas entrevistadas difieren en cierto grado de un ciclo al siguiente. También, algunos países que se incluyeron en un ciclo se omiten en el siguiente ciclo por una variedad de razones. La última se aborda en los resultados con tendencias en el tiempo solamente para los países incluidos en todos los ciclos de interés. En equilibrio con estas limitaciones están las ventajas de contar con un conjunto estándar de medidas de esfuerzo para la mayoría de los países en desarrollo, obtenidas aproximadamente en el mismo momento, a un costo razonable y con tendencias

Los puntajes no ponderados son un reflejo del estado del programa de planificación familiar desde una perspectiva de país por país, mientras que los puntajes ponderados se refieren a la solidez de los programas de planificación familiar desde una perspectiva per cápita.

FIGURE 2. Puntajes del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar promedio global no ponderado total y por componente, como porcentaje del puntaje máximo posible, por año de la encuesta



Notas: Se basa en datos de 54 países incluidos en los cuatro ciclos del estudio. La medida original de acceso de siete elementos se usó para calcular los puntajes totales y de acceso para 2014. Los puntajes no se ajustaron porque todos los datos fueron recolectados mediante encuestas de salud versión corta.

para cada una de las calificaciones.

El segundo conjunto de limitaciones para este ciclo en particular incluye cambios en el cuestionario, específicamente al añadir elementos al componente de acceso. En promedio, sin embargo, las comparaciones de las dos versiones mostraron poca diferencia en los resultados. Quizá el cambio más importante fue que a las preguntas del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar siguieron las preguntas del INCPF. Esto no se hizo en años previos y puede haber aumentado la fatiga de quienes respondieron a la encuesta (aunque no hubo evidencia de tasas elevadas de falta de respuesta).

RESULTADOS

Tendencias en puntajes globales

El puntaje del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar global ponderado y no ponderado (el puntaje promedio del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar a través de todos los países, ponderado por la población del país) aumentó dramáticamente entre 1972 y 1990 (Figura 1, página 23). Los puntajes ponderados se estabilizaron durante los años noventa, mientras que los puntajes no ponderados continuaron aumentando. En la década del 2000 al 2010 los puntajes ponderados disminuyeron ligeramente y luego se estabilizaron después de 2010, mientras que los puntajes no ponderados continuaron creciendo lentamente entre 2000 y 2014. Los puntajes del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar tanto ponderados como no ponderados aumentaron ligeramente en los últimos cinco años. La diferencia en trayectoria entre los promedios no

ponderados y ponderados sugiere que los programas de planificación familiar están aumentando la intensidad de su esfuerzo a nivel nacional y que los países que adoptan nuevos programas han iniciado sólidamente, pero esas mejoras en los países pequeños pueden ser contrarrestadas por el estancamiento o las mejoras limitadas en los países más grandes.* Por ejemplo, mientras que los puntajes para los países más pequeños como Nicaragua y Benín mejoraron por más de 15 puntos porcentuales entre 2009 y 2014, los puntajes para países con mayor población como China e Indonesia han disminuido continuamente en el tiempo, con una disminución de 5-6 puntos porcentuales en los últimos cinco años (no se muestran). Además, aunque ha habido mejoras tanto de largo como de corto plazo, los más altos puntajes globales son todavía menores al 70% del puntaje máximo posible, lo que indica la oportunidad para un mayor crecimiento.

También observamos separadamente el promedio global de los puntajes del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar total y por componente para todos los ciclos del estudio llevados a cabo desde que se adoptó el cuestionario corto en 1999 (Figura 2). Para este análisis consideramos solamente los 54 países que fueron incluidos en los cuatro ciclos de la encuesta. También calculamos los puntajes de acceso para 2014 con solamente el conjunto original de métodos y servicios anticonceptivos. La mayoría de los componentes de los programas mejoraron consistentemente entre 1999 y 2014. El puntaje del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar total mejoró por más de seis puntos porcentuales, de 45% a 51%, demostrando

CUADRO 1. Puntajes del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar promedio global no ponderado total y por componente, como porcentaje del puntaje máximo posible, por región y por año de la encuesta

Esfuerzo del programa	1999	2004	2009	2014
Total				
Asia/Oceanía	53.7	55.8	53.8	57.9
Asia Central/Europa Oriental	35.0	47.3	51.0	51.9
Medio Oriente/ Norte de África	49.6	50.2	54.4	54.7
América Latina/Caribe	39.1	46.4	48.5	49.2
África subsahariana				
Anglófona	51.3	45.1	45.9	49.4
Francófona/Lusófona	36.5	41.9	45.5	45.2
Políticas				
Asia/Oceanía	59.0	61.3	58.8	63.8
Asia Central/Europa Oriental	36.1	55.0	53.5	54.0
Medio Oriente/ Norte de África	57.8	63.7	62.3	58.8
América Latina/Caribe	42.1	47.2	49.7	52.7
África subsahariana				
Anglófona	55.4	49.2	51.6	55.5
Francófona/Lusófona	40.4	45.5	51.6	47.9
Servicios				
Asia/Oceanía	48.1	53.5	52.1	54.5
Asia Central/Europa Oriental	28.8	39.4	45.5	42.6
Medio Oriente/ Norte de África	44.6	44.0	50.4	52.2
América Latina	34.2	43.1	45.5	44.7
África subsahariana				
Anglófona	47.3	42.9	42.6	46.2
Francófona/Lusófona	33.7	39.6	43.0	43.5
Monitoreo y evaluación				
Asia/Oceanía	55.4	54.6	54.4	55.4
Asia Central/Europa Oriental	27.9	44.4	57.7	55.8
Medio Oriente/ Norte de África	51.8	54.6	60.4	60.4
América Latina/Caribe	37.1	48.3	50.1	51.4
África subsahariana				
Anglófona	51.6	46.0	46.1	49.5
Francófona/Lusófona	41.0	46.4	49.2	49.7
Acceso				
Asia/Oceanía	57.9	54.2	51.1	58.5
Asia Central/Europa Oriental	50.5	54.4	55.6	58.3
Medio Oriente/ Norte de África	48.3	44.6	50.3	52.3
América Latina/Caribe	46.6	50.9	52.2	52.8
África subsahariana				
Anglófona	54.1	44.0	45.6	48.5
Francófona/Lusófona	35.3	40.0	41.4	43.5

Notas: Los puntajes se basan en datos de 54 países incluidos en los cuatro ciclos del estudio. La medida original de acceso de siete elementos se usó para calcular los puntajes totales y de acceso para 2014.

una mejora continua en los programas establecidos hace 15 o más años. Los puntajes del componente de monitoreo y evaluación tuvieron el mayor crecimiento con una mejora de 7.8 puntos porcentuales, seguidos por los servicios y políticas, con 7.6 y 6.7, respectivamente. Finalmente, el acceso también mejoró, pero solamente en 2.7 puntos porcentuales. Este patrón persistió en 2014 cuando se utilizó la medida de acceso de 12 elementos en el puntaje del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar total y en el componente de acceso, aunque el grado de la mejora se atenuó para ambos puntajes (no se muestra).

Tendencias en los puntajes regionales

• **Puntajes totales.** Analizamos las tendencias históricas por región, nuevamente solo en los 54 países que fueron incluidos en los últimos cuatro ciclos de la encuesta. Encontramos que aunque el promedio global había mejorado continuamente para los programas de planificación familiar, las diferencias entre las regiones persistieron tanto en la solidez general del programa, como en el nivel de cambio a través del tiempo (Cuadro 1). Por ejemplo, mientras que la región del Medio Oriente y el Norte de África, así como la de Asia y Oceanía tuvieron los puntajes más altos del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar total en 2014 (55% y 58%, respectivamente), el aumento absoluto en sus puntajes (cinco y cuatro puntos porcentuales respectivamente) entre 1999 y 2014 fue mucho más bajo que en otras regiones. Durante ese período, los puntajes totales en América Latina y el Caribe, así como en Asia Central y Europa Oriental mejoraron en más de 10 puntos porcentuales cada uno; y en África subsahariana francófona y lusófona, por aproximadamente nueve puntos. África subsahariana ha tenido un patrón de avance en forma de U y su puntaje en 2014 fue más bajo que su puntaje en 1999.

• **Puntajes de políticas.** En 2014, la región de Asia y Oceanía tenía el más alto puntaje de políticas (64%) mientras que la región de África subsahariana francófona y lusófona tuvo el puntaje más bajo (48%). En los últimos cinco años, el esfuerzo en materia de políticas aumentó notablemente en Asia y Oceanía (cinco puntos porcentuales), con significativos avances logrados en Filipinas, Birmania y Bangla-

CUADRO 2. Puntajes del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar promedio ponderado total y por componente, como porcentaje del puntaje máximo posible, por región y globalmente, 2014

Esfuerzo del programa	Global	Asia/Oceanía	Asia Central/Europa Oriental	Medio Oriente/Norte de África	América Latina/Caribe	África subsahariana	
						Anglófona	Francófona/Lusófona
Total	56.1	60.3	42.0	47.3	52.3	49.0	46.2
Políticas	61.7	66.7	42.4	47.5	55.4	57.1	51.8
Servicios	52.6	57.4	31.9	47.2	44.4	45.5	43.5
Monitoreo y evaluación	53.9	55.5	46.7	56.9	54.8	46.8	53.3
Acceso	56.7	60.3	51.5	44.9	58.1	47.9	43.7

Notas: Se basa en datos de 90 países encuestados en 2014. El nuevo componente de acceso de 12 elementos se usó para calcular los puntajes totales y de acceso. El promedio regional es el puntaje promedio de los países en la región, con el puntaje de cada región ponderado por la población del país; el promedio global está también ponderado por las poblaciones de los países.

desh (no se muestran). Durante el mismo período, el puntaje de políticas en África subsahariana anglófona mejoró en cerca de cuatro puntos porcentuales, mientras que ese puntaje disminuyó en África subsahariana francófona y lusófona aproximadamente en la misma cantidad. Aunque el puntaje de políticas para el Medio Oriente y el Norte de África había aumentado en seis puntos porcentuales entre 1999 y 2004 (a 64%), volvió a disminuir a 59% en 2014. El puntaje para Asia Central y Europa Oriental mejoró en menos de un punto porcentual en el período comprendido entre las dos últimas encuestas.

- **Puntajes de servicio.** Casi todas las regiones aumentaron sus puntajes de servicio entre 1999 y 2014. La región de Asia y Oceanía tuvo el más alto puntaje de servicio en 2014 (55%), mientras que Asia Central y Europa Oriental tuvieron el puntaje más bajo (43%), casi tres puntos porcentuales menos en los últimos cinco años. En ese mismo período la región con las mayores mejoras fue África subsahariana anglófona, cuyo puntaje aumentó en cerca de cuatro puntos porcentuales (a 46%); sin embargo, el puntaje de servicio de la región todavía no ha regresado a su nivel de 1999 (47%), después de una marcada disminución entre 1999 y 2004. En contraste, África subsahariana francófona y lusófona mejoró en solamente 0.5 puntos porcentuales en los últimos cinco años pero cerca de 10 puntos porcentuales desde 1999.

- **Puntajes de monitoreo y evaluación.** El componente de monitoreo y evaluación tuvo mejoras considerables en la mayoría de las regiones entre 1999 y 2009, y ya sea estabilidad o mejoras modestas en los cinco años entre 2009 y 2014. Aunque África subsahariana anglófona no ha mejorado consistentemente, sí experimentó la más sólida mejora en cinco años (tres puntos porcentuales), recuperándose a casi el 50% en 2014 después de una disminución de casi seis puntos porcentuales entre 1999 y 2004. La región del Medio Oriente y Norte de África tuvo el más alto puntaje de monitoreo y evaluación en 2014 (60%), similar a su puntaje en la encuesta previa y en gran parte atribuible a un muy alto puntaje en Marruecos (no se muestra).

- **Puntajes de acceso.** Si bien lentamente, los puntajes que

miden el acceso a los métodos anticonceptivos aumentaron entre 1999 y 2014. La región de Asia y Oceanía tuvo los puntajes más altos en esta área en 2014, con 59%, mientras que la región de África subsahariana francófona y lusófona tuvo los puntajes más bajos con 44%. El avance en Asia y Oceanía en los últimos cinco años fue particularmente sólido, con reportes de un mayor acceso de todos y cada uno de los países, con excepción de Nepal (no se muestra); sin embargo, el puntaje de acceso regional en 2014 para la región de Asia y Oceanía no fue mucho más alto que su puntaje en 1999 (58%). Otras regiones también reportaron mejoras continuas en el acceso durante los últimos cinco años, experimentando la mayoría aumentos de 2–3 puntos porcentuales en su puntaje.

Panorama actual

La imagen global de los esfuerzos de los programas de planificación familiar en 2014, incluidos los 90 países encuestados en 2014, ponderados por la población de cada país y tomando en cuenta nuevos métodos anticonceptivos en el componente de acceso, muestra que el componente de políticas obtuvo la más alta calificación (62%), seguido por el de acceso (57%), monitoreo y evaluación (54%) y servicios 53%—Cuadro 2). Sin embargo, cuando observamos todas las áreas componentes por región, el patrón en el que los componentes del programa tuvieron las más altas calificaciones tuvo alguna variación. Para todas las regiones, con excepción de Asia Central y Europa Oriental, el componente de políticas fue calificado como el más sólido o el segundo más sólido. En la mayoría de las regiones, el acceso también fue el componente más sólido o el segundo más sólido, con excepciones en el Medio Oriente y Norte de África, así como en África subsahariana francófona y lusófona, en donde el monitoreo y la evaluación surgieron como el componente más sólido (57% y 53%, respectivamente).

La región de Asia y Oceanía fue la que obtuvo la más alta calificación en el esfuerzo total del programa (60%) y también en los componentes de políticas (67%), servicios (57%) y acceso (60%). Los programas que recibieron calificaciones bajas fueron generalmente los de países con menor población como Afganistán, Papúa Nueva Guinea y Timor-Leste (ver el Apéndice 1 para consultar resultados a nivel de país). Aunque tanto China como India pudieron potencialmente haber dominado las tendencias regionales debido al gran tamaño de su población, con frecuencia se les calificó en lados opuestos del promedio regional y tuvieron tendencia a contrarrestarse entre sí (no se muestra). El puntaje del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar total y los puntajes de los componentes tuvieron los valores más bajos, con excepción del componente de acceso, en Asia Central y Europa Oriental (32–47%). Rusia, el país más poblado y, por lo mismo, más influyente en Asia Central y Europa Oriental se desempeñó en forma particularmente deficiente en las áreas de políticas, servicios y monitoreo y evaluación, lo cual abatió el promedio regional para esos componentes (no se muestra).

CUADRO 3. Puntaje del componente de acceso como porcentaje del puntaje máximo posible, por región y globalmente, por medida de acceso usada, 2014

Región	Medida original	Medida nueva
Global	58.9	56.7
Asia/Oceanía	63.8	60.3
Asia Central/Europa Oriental	51.7	51.5
Medio Oriente/ Norte de África	43.8	44.9
América Latina/Caribe	57.7	58.1
África subsahariana		
Anglófona	47.4	47.9
Francófona/Lusófona	42.7	43.7

Notas: La medida original de acceso se basó en siete elementos; la nueva medida se basó en 12 elementos. El puntaje promedio regional de acceso es el puntaje promedio de acceso en los países de la región, con el puntaje de cada país ponderado por la población del país.

CUADRO 4. Puntajes promedio ponderados para consideraciones adicionales del programa como porcentaje del puntaje máximo posible, globalmente y por región, 2014

Esfuerzo del programa	Global	Asia/Oceanía	Asia Central/ Europa Oriental	Medio Oriente/Norte de África	América Latina/ Caribe	África subsahariana	
						Anglófona	Francófona/ Lusófona
Justificación							
Reducir el crecimiento poblacional	68.5	78.1	11.3	53.8	57.8	66.0	50.4
Aumentar el desarrollo económico	65.3	67.1	49.1	59.2	61.2	70.3	64.3
Evitar nacimientos no deseados	76.1	75.0	74.6	71.5	77.4	82.1	85.1
Mejorar la salud de las mujeres	76.3	73.7	78.1	78.2	82.5	85.0	86.0
Mejorar la salud infantil	72.7	71.0	71.1	72.6	72.9	80.1	83.7
Reducir los embarazos en adolescentes solteras	51.7	49.1	62.9	25.3	64.2	63.8	68.4
Reducir la necesidad insatisfecha	71.3	72.7	58.4	64.1	72.1	74.5	70.8
Poblaciones enfatizadas							
Jóvenes solteras	40.2	39.3	41.8	20.4	60.7	43.3	47.8
Pobres	62.2	66.5	35.3	61.2	64.4	56.7	49.8
Rurales	68.9	75.3	38.0	65.4	62.3	57.7	56.9
Mujeres postparto	59.3	60.2	54.7	59.8	64.1	54.3	57.7
Mujeres postaborto	55.1	56.3	56.4	47.7	49.7	53.1	55.0
Calidad del servicio de planificación familiar	55.4	57.1	56.3	54.8	57.3	51.9	53.9

Notas: El promedio regional es el puntaje promedio de los países de la región, con el puntaje de cada país ponderado por la población del país.

El componente de monitoreo y evaluación obtuvo la calificación más alta en el Medio Oriente y el Norte de África (57%) y se clasificó de forma bastante uniforme a través de los países, con excepción de los muy altos puntajes en Marruecos y Túnez, así como un puntaje muy bajo en Libia, lo cual tuvo poco efecto en el promedio debido al reducido tamaño de su población (no se muestra). El componente de acceso más débil ocurrió en África subsahariana francófona y lusófona (44%); esto se vio fuertemente influenciado por el bajo puntaje de acceso en la República Democrática del Congo, el país más poblado en la región.

Efecto de añadir elementos al componente de acceso

En las décadas durante las cuales se ha estudiado el Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar, la gama de métodos de planificación familiar disponibles se ha expandido para incluir nuevas opciones y el interés en la calidad de los servicios específicos por método ha aumentado. Añadimos cinco elementos a los siete elementos originales en el componente de acceso para reflejar estos cambios. Sin embargo, para mantener la consistencia longitudinal calculamos el componente de acceso con los 12 elementos (“Medida nueva”) y también con los siete elementos originales solamente (“Medida original”). Analizamos el impacto de los cinco elementos adicionales tanto globalmente como por región y encontramos que las adiciones no hicieron una diferencia considerable en el puntaje del componente de acceso (Cuadro 3).

Una revisión más detallada de las diferencias regionales muestra que el promedio de acceso en Asia y Oceanía fue

el único que disminuyó notablemente cuando se incluyeron los nuevos elementos (64% con elementos originales frente a 60% con los elementos adicionales), lo que coincide con la observación de un limitado avance en el esfuerzo de planificación familiar en años recientes en esa región. Aunque históricamente los programas de planificación familiar en Asia y Oceanía han sido sólidos, las mejoras en años recientes han sido modestas, posiblemente debido a una línea de base más alta. Sri Lanka y Papúa Nueva Guinea fueron dos claras excepciones al patrón de Asia y Oceanía y fueron marcadamente más sólidas que el grupo original de elementos en la provisión de una gama completa de nuevas características de acceso (no se muestra).

En contraste, casi todas las otras regiones fueron ligeramente más sólidas en los esfuerzos de acceso cuando se les analizó usando el nuevo componente de acceso que cuando se usó el original. Sin embargo, el análisis a nivel de país reveló patrones interesantes. Primero, la región del Medio Oriente y el Norte de África mostró un aumento de 1.1 puntos porcentuales en el acceso cuando se incluyeron los nuevos elementos. Sin embargo, esto se vio afectado por el impresionante aumento reportado en Irán –el segundo país más poblado en la región– de casi ocho puntos porcentuales; casi cada dos países en la región de Medio Oriente y Norte de África reportaron una disminución (no se muestra).

El puntaje de acceso para la región francófona y lusófona de África subsahariana fue un punto porcentual más alto cuando se usó el componente de acceso expandido; sin embargo, esto se debió en gran parte a un aumento

de 4.9 puntos porcentuales en el acceso en la República Democrática del Congo, el país más poblado en la región. En contraste, en África subsahariana anglófona, aproximadamente dos tercios de los países en la región tuvieron un puntaje más alto bajo la nueva medida de acceso que bajo la medida original de acceso. Namibia y Eritrea fueron dos claras excepciones al mostrar una disminución de aproximadamente seis puntos porcentuales cada una; sin embargo, esto tuvo poco impacto en los promedios regionales debido a que ambos países tienen poblaciones pequeñas. Sudáfrica fue una excepción similar, con una disminución de tres puntos porcentuales (no se muestra).

Los resultados para Europa Oriental y Asia Central, así como para América Latina y el Caribe se distribuyeron más uniformemente a través de los países. Aproximadamente la mitad de los puntajes de los países disminuyó cuando se incluyeron los 12 elementos, mientras que los puntajes para la otra mitad aumentaron.

Puntajes regionales para las preguntas adicionales

A pesar de no haberse usado para calcular los puntajes generales del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar, las preguntas sobre las justificaciones del programa, el énfasis de los programas en poblaciones especiales y la calidad percibida del programa de planificación familiar del país añadieron contexto a los puntajes del Índice y la forma en que podrían mejorarse. También aportaron claridad en cuanto a la forma en la que difieren los programas, país por país y región por región.

A nivel global, las justificaciones más frecuentemente citadas para los programas nacionales de planificación familiar fueron mejorar la salud de las mujeres y evitar los embarazos no deseados, ambas con puntajes de 76% de los puntajes máximos (Cuadro 4). Este hallazgo fue similar a resultados anteriores.¹¹ Reducir el embarazo en adolescentes solteras fue la prioridad global más baja con 52%, aunque esto se vio fuertemente influido por los notablemente bajos puntajes en Asia y Oceanía (49%) y el Medio Oriente y Norte de África (25%), en donde el embarazo fuera del matrimonio continúa siendo un fuerte tabú. Reducir el crecimiento poblacional fue sorprendentemente poco importante en Asia Central y Europa Oriental, en donde el puntaje fue solamente del 11% —casi 40 puntos porcentuales menos que la siguiente región con puntaje más bajo, África subsahariana francófona y lusófona. Las dos regiones menos preocupadas por reducir el crecimiento poblacional también ocupan extremos opuestos en el rango de la fecundidad (no se muestra). A nivel global, reducir el crecimiento poblacional se calificó con 69%, en gran parte debido a los altos porcentajes en la populosa región de Asia y Oceanía.

El subgrupo poblacional que recibió el más fuerte énfasis fue el de residentes en el medio rural, con un puntaje global de 69%. La región de Asia y Oceanía calificó a los residentes del medio rural como el subgrupo que tuvo el puntaje que recibió el mayor énfasis (75%), mientras que en Asia Central y Europa Oriental se identificó a este grupo

como el que recibió el menor énfasis (38%), dando más alta prioridad a las jóvenes solteras, así como a las mujeres en período postparto y postaborto (42–56%). A nivel global, con un 40%, las jóvenes solteras se consideraron como el subgrupo con menos énfasis, que se atribuye en parte a los bajos puntajes en Asia y Oceanía (39%) y en el Medio Oriente y el Norte de África (20%). En contraste, el puntaje para las jóvenes solteras en América Latina y el Caribe fue de 61%. Esto puede reflejar la relativa aceptabilidad social de la actividad sexual en las jóvenes latinoamericanas, en contraste con, digamos, el aborto; con un puntaje de aproximadamente 50%, por ejemplo, las mujeres en período postaborto se consideraron como la población especial con el menor énfasis en América Latina y el Caribe, clasificada con más de 10 puntos porcentuales por debajo de cualquier otra población especial (61–64%).

El elemento final en el cuestionario pidió a las personas entrevistadas que calificaran la calidad del servicio de planificación familiar en general en su país. A nivel global, el puntaje promedio fue 55%, y los puntajes regionales se distribuyeron en forma bastante cercana en torno a este número, siendo América Latina y el Caribe, así como Asia y Oceanía las regiones que obtuvieron los más altos puntajes (57% cada una). (Estas dos regiones también tuvieron los más altos puntajes en el Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar total). África subsahariana anglófona tuvo el más bajo puntaje en la calidad de los servicios de planificación familiar (52%).

DISCUSIÓN

Los programas de planificación familiar existen en todo el mundo; algunos han estado operando por décadas y se han fortalecido a través del tiempo, mientras que otros todavía reciben bajas calificaciones. Sin embargo, en los últimos cinco años, los esfuerzos de los programas de planificación familiar han aumentado, tanto desde una perspectiva de país por país, como desde una perspectiva per cápita, como lo evidencian los puntajes no ponderados y ponderados, respectivamente. A nivel global, cada componente de programa también ganó en solidez en los últimos cinco años, con los más grandes avances logrados en materia de acceso, seguido por esfuerzos mejorados en el área de políticas. Un acceso adecuado es necesario para la adopción de la planificación familiar; de esta forma, el aumento en la facilidad de acceso favorece la aceptación de la planificación familiar. Un desarrollo adicional en el monitoreo y la evaluación, así como en los servicios, como la ausencia de incentivos financieros, la provisión de servicios de remoción del método y la supervisión y capacitación con regularidad, asegurarán que la aceptación sea voluntaria y que ocurra dentro del contexto de un enfoque basado en derechos. Las justificaciones para los programas de planificación familiar como se han analizado aquí han variado a lo largo de los años, pero la mayoría de los programas hoy en día se enfocan en mejorar la salud de las mujeres, niñas y niños, así como en posibilitar que las mujeres puedan evitar los partos no deseados.

Aunque el Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar de 2014 demuestra un avance global consistente en el esfuerzo de los programas de planificación familiar en las cuatro principales áreas componentes, los más altos puntajes todavía están lejos del máximo e indican áreas para mejoras adicionales tanto a nivel nacional como regional. Además, la calidad de los programas de planificación familiar se calificó consistentemente en alrededor del 50% del valor máximo para todas las regiones, demostrando con ello que los expertos en cada país consideran que todavía hay espacio de oportunidad para un crecimiento adicional.

Aunque las mejoras en el esfuerzo de los programas de planificación familiar han sido continuas, la necesidad insatisfecha es todavía alta en muchos países en desarrollo,^{12,13} lo cual es indicativo de brechas en el acceso, los servicios o las políticas que ni el sector público ni el privado han atendido. Los datos de las encuestas continúan mostrando que proporciones considerables de partos todavía tienen poco espaciamiento, son de un orden de nacimiento mayor de tres o están ocurriendo en adolescentes, todo lo cual está vinculado con resultados maternos e infantiles adversos.¹⁴⁻¹⁶

Como resultado de un insuficiente acceso a la planificación familiar, continúan ocurriendo los servicios de planificación familiar deficientes o ambientes sociopolíticos negativos, partos inesperados y no deseados, lo cual agrava la necesidad insatisfecha. Una mejora significativa en el acceso, los servicios y las políticas de planificación familiar puede reducir la necesidad insatisfecha al reducir las barreras para la aceptación de la planificación familiar y puede también aumentar la demanda de la anticoncepción.^{9,17} En cualquier caso dar respuesta a la necesidad insatisfecha y evitar los embarazos y nacimientos no deseados, liberarán la presión en el sector salud, económico y social, conduciendo a ramificaciones positivas a nivel de hogar, comunidad y país.

Hay muchos caminos a través de los cuales los gobiernos nacionales y subnacionales pueden mejorar sus programas de planificación familiar y cerrar las brechas en las políticas, servicios, monitoreo y evaluación, acceso y aceptación. Los gobiernos pueden continuar mejorando el ambiente de políticas y de acceso para la planificación familiar mediante la remoción de cuellos de botella en la cadena de suministro al facilitar, por ejemplo, la importación o manufactura local de anticonceptivos, así como también al mejorar un ambiente que posibilite la provisión de servicios y suministros por parte del sector privado. Adicionalmente, los gobiernos pueden emitir declaraciones en apoyo a la planificación familiar a través de líderes prominentes y pueden permitir las publicidades de la planificación familiar sin restricciones en los medios de comunicación. Los programas pueden llegar a las poblaciones más vulnerables y necesitadas al facilitar el acceso a una gama completa de métodos y servicios para todas las mujeres –mujeres solteras, adolescentes, mujeres migrantes, poblaciones móviles y mujeres que viven en condiciones de pobreza y en el medio rural. Estos esfuerzos pueden

usar canales tradicionales como las clínicas públicas o el alcance comunitario a través de trabajadores de campo, así como métodos de alcance comunitario más innovadores, como la salud móvil (ej., clínicas móviles o servicios de salud apoyados por teléfonos móviles), o bien, las franquicias sociales. En un mundo crecientemente urbano, necesitarán adaptarse los canales para llegar a las poblaciones móviles o de difícil acceso, a la juventud urbana o a las poblaciones urbanas en condición de pobreza para prestar servicios a las mujeres que tienen el menor acceso y capacidad de autonomía, pero que pueden ser las que tienen mayor necesidad. Y, finalmente, en la medida en que más y más nacimientos son atendidos por personal capacitado en partos, las oportunidades en el período posparto deben aprovecharse como un punto crucial de contacto para proporcionar consejería a las mujeres sobre sus necesidades de planificación familiar, en instituciones de salud tanto del sector público como del privado.

Con la ola de 2014 del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar, ahora se cuenta en el dominio público con datos actualizados a nivel nacional y regional, lo que permite a quienes formulan las políticas, planificadores de programas e investigadores de la planificación familiar investigar más a fondo las fortalezas y debilidades de los programas, renovar los compromisos de las partes interesadas, así como fijar prioridades para futuras mejoras. También pueden derivarse lecciones para mejoras en políticas y programas, así como para realizar ajustes a los cambiantes contextos en los que funcionan los programas, incluyendo la descentralización, la integración, el retorno del financiamiento y la atención a poblaciones especiales. Finalmente, con mecanismos de monitoreo longitudinal como el Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar, los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y las agencias internacionales están equipados para asignar sus recursos de una manera más efectiva, identificar déficits y diseñar enfoques a la medida de cada país para mejorar los programas de planificación familiar.

REFERENCIAS

1. Hardee K et al., Voluntary, human rights-based family planning: a conceptual framework, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(1):1-18.
2. Lapham RJ y Mauldin WP, National family planning programs: review and evaluation, *Studies in Family Planning*, 1972, 3(3):29-52.
3. Ross JA y Stover J, The Family Planning Program Effort Index: 1999 cycle, *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(3):119-129.
4. Lapham RJ y Mauldin WP, Family planning program effort and birthrate decline in developing countries, *International Family Planning Perspectives*, 1984, 10(4):109-118.
5. Lapham RJ y Mauldin WP, Contraceptive prevalence: the influence of organized family planning programs, *Studies in Family Planning*, 1985, 16(3):117-137.
6. Jain AK y Ross JA, Diferencias en la fecundidad en los países en desarrollo: ¿están todavía relacionadas con el esfuerzo de los programas de planificación familiar y los entornos sociales de los países? *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2013, pp. 36-44, doi: 10.1363/SP03613.
7. Cates W, Jr., et al., Global development. Family planning and the Millennium Development Goals, *Science*, 2010, 329(5999):1603.

8. Naciones Unidas (NU), *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, Nueva York: NU, 2015.
9. Family Planning 2020, *Family Planning 2020*, 2015, <http://www.familyplanning2020.org>.
10. NU, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *Perspectivas de la Población Mundial: La revisión de 2013*, 2013, <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.
11. Ross J y Smith E, Trends in national family planning programs, 1999, 2004 and 2009, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2011, 37(3):125-133.
12. Cleland J, Harbison S y Shah IH, Unmet need for contraception: issues and challenges, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(2):105-122.
13. Bongaarts J, The impact of family planning programs on unmet need and demand for contraception, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(2):247-262.
14. The Alan Guttmacher Institute (AGI), Family planning can reduce high infant mortality levels, *Issues in Brief*, New York: AGI, 2002, http://www.guttmacher.org/pubs/ib_2-02.html.
15. Rutstein SO, Further evidence of the effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the Demographic and Health Surveys, *DHS Working Papers*, Calverton, MD, EE.UU.: Macro International, 2008, No. 41.
16. Ahmed S et al., Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries, *Lancet*, 2012, 380(9837):111-125.
17. Madsen EL, Kuang B y Ross J, Tracking changes in states of contraceptive use over time in sub-Saharan Africa through cohort and period analyses, *Journal of Biosocial Science*, 2015, 47(3):329-344.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a John Ross por su revisión y útiles sugerencias. Este estudio fue financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través del Proyecto Políticas de Salud, bajo el Acuerdo de Cooperación No. AID-OAA-A-10-00067. Las opiniones expresadas son de las autoras y no representan necesariamente las opiniones de USAID o del gobierno de los Estados Unidos.

Contacto de la autora:

Bernice.Kuang@thepalladiumgroup.com

APÉNDICE 1. Puntajes del Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar ponderado total y por componente como porcentaje del puntaje máximo posible, por país, 2014

País	Total	Políticas	Servicios	Monitoreo y evaluación	Acceso nuevo (12 elementos)	Acceso original (7 elementos)
Asia/Oceanía						
Afganistán	31.1	32.3	32.4	37.0	27.4	33.3
Bangladesh*	65.9	72.7	60.9	66.7	66.7	71.9
China*	67.9	73.9	63.1	57.4	71.6	72.5
Camboya*	55.4	60.7	53.8	53.3	54.0	56.7
India*	55.2	61.9	54.3	53.6	52.2	59.8
Indonesia*	53.1	60.8	50.3	50.2	51.9	54.4
Malasia*	63.2	59.5	60.3	73.3	66.2	65.6
Birmania*	40.9	46.5	39.0	39.3	39.7	39.2
Nepal*	56.6	65.4	55.2	51.5	53.6	57.5
Paquistán*	47.7	54.2	46.4	41.9	46.1	46.3
Papúa Nueva Guinea	34.3	30.8	30.3	39.5	39.8	36.9
Filipinas*	54.8	71.4	54.2	60.2	43.1	45.8
Sri Lanka	62.4	57.7	63.3	69.8	62.6	55.8
Tailandia	71.5	68.3	69.7	74.7	74.7	73.7
Timor-Leste	32.8	33.1	29.4	35.9	35.7	35.2
Vietnam*	66.9	75.0	62.4	62.0	67.8	73.2
Asia Central/ Europa Oriental						
Armenia	32.1	31.9	25.5	32.2	39.2	37.7
Azerbaiyán	35.1	41.8	23.7	28.5	44.8	44.9
Georgia	48.3	48.6	35.7	46.5	62.3	58.9
Kazakstán*	40.5	47.4	29.3	31.9	50.2	49.8
Kirguistán*	51.4	44.2	51.2	74.3	50.6	55.6
Moldavia	48.4	54.0	41.0	55.1	51.0	57.2
Mongolia	57.1	50.5	60.1	65.5	56.1	59.5
Rumania	34.2	40.0	27.6	28.3	39.0	40.8
Rusia	38.2	34.7	22.9	44.1	55.8	55.0
Tayikistán*	63.4	63.3	54.4	61.1	73.9	75.4
Turquía*	38.5	38.6	30.3	53.0	43.8	39.6
Turkmenistán	67.4	49.9	66.8	68.3	79.4	76.2
Ucrania	42.0	45.6	34.1	46.3	47.2	48.5
Uzbekistán*	64.7	76.4	65.8	58.7	57.0	71.0
Medio Oriente/Norte de África						
Argelia	48.3	64.3	52.6	59.9	30.2	30.4
Egipto*	50.1	53.5	49.8	53.7	47.2	48.5
Irán	39.2	27.9	42.7	56.2	38.6	30.8
Iraq	39.4	30.1	35.8	55.6	45.5	47.9
Jordania*	60.0	62.2	58.1	63.3	59.7	57.5
Líbano	44.9	37.7	39.1	37.0	53.3	58.0
Libia	16.7	11.3	2.5	0.2	39.9	49.0
Marruecos*	61.5	70.1	59.6	77.5	53.7	53.7
Omán	59.3	50.2	58.3	65.7	64.8	69.4
Túnez	71.8	76.7	67.8	73.3	72.5	70.1
Yemen*	45.8	49.4	41.2	47.1	48.2	49.3
América Latina/Caribe						
Bolivia*	47.0	43.9	43.0	63.4	49.2	52.0
Costa Rica*	47.6	58.1	43.3	45.8	45.8	55.0
República Dominicana*	49.1	58.3	43.2	40.7	51.4	51.3
Ecuador*	45.8	46.8	37.5	29.9	58.1	53.2
El Salvador*	50.0	45.9	48.8	55.6	52.7	60.0
Guatemala*	34.5	33.6	30.7	29.0	40.7	40.1
Haití*	50.3	63.9	42.8	50.7	49.3	47.9
Honduras*	54.0	55.1	51.9	65.0	52.7	56.3
Jamaica*	65.2	76.6	60.3	74.2	60.6	59.4
México*	59.1	62.0	48.2	62.7	68.3	67.1
Nicaragua*	63.4	61.8	67.6	68.7	58.6	68.8
Panamá*	37.4	40.5	32.2	36.1	41.3	41.8
Paraguay*	43.4	44.9	42.1	47.7	42.6	45.8
Perú*	41.3	46.3	33.6	49.6	44.2	41.2
Trinidad y Tobago	52.1	61.3	51.7	45.7	47.9	53.3
África subsahariana anglófona						
Eritrea	43.6	48.3	38.9	44.4	45.5	51.4
Etiopía*	59.0	72.2	56.4	50.9	54.9	53.2
Gambia	46.5	39.1	44.6	46.9	53.5	52.1
Ghana*	53.8	56.5	50.2	67.6	52.6	49.9
Kenia	49.4	61.6	42.3	44.4	50.2	46.6
Lesoto*	42.2	48.8	39.1	39.1	41.9	40.9
Liberia	45.7	58.4	40.3	47.8	42.5	40.6

(Continúa)

País	Total	Políticas	Servicios	Monitoreo y evaluación	Acceso nuevo (12 elementos)	Acceso original (7 elementos)
Malawi*	47.6	45.8	46.1	53.7	48.9	46.6
Mauricio	64.7	52.8	63.2	79.3	70.6	68.7
Namibia	51.2	66.1	46.3	54.5	45.7	51.9
Nigeria*	40.7	50.1	37.7	37.1	38.6	38.5
Sudáfrica*	60.8	66.0	53.7	60.4	65.3	68.3
Sudán del sur	22.5	33.1	22.0	18.1	17.0	19.3
Suazilandia	52.3	50.3	49.4	66.4	53.3	51.5
Tanzania*	46.7	47.5	42.6	49.3	49.9	50.2
Uganda*	51.0	62.4	48.4	45.9	47.4	45.8
Zambia*	43.9	50.0	41.8	41.8	42.8	43.1
Zimbabue	58.7	60.4	63.1	60.8	52.3	51.9
África subsahariana francófona/lusófona						
Benín*	57.3	59.0	58.1	68.7	52.3	50.6
Burundi	55.7	61.6	53.5	58.5	53.4	52.1
Camerún*	38.6	42.4	36.0	33.1	40.3	42.3
Chad*	45.6	53.9	43.1	49.5	41.7	42.1
Congo*	38.1	41.9	36.9	34.1	37.7	37.2
República Democrática del Congo	40.2	51.3	34.5	51.5	36.3	31.4
Costa de Marfil*	43.5	55.1	41.4	51.9	36.0	37.1
Guinea Bissau	43.3	34.7	43.9	44.5	48.1	49.2
Madagascar*	47.3	46.8	48.2	48.7	46.4	45.1
Mali*	50.9	54.6	51.9	54.0	46.7	46.3
Mauritania*	24.1	25.3	21.3	23.6	26.5	31.6
Mozambique*	43.1	42.9	38.1	64.1	43.4	46.3
Níger*	49.9	54.9	50.6	56.6	44.0	43.0
Ruanda	73.5	85.9	70.0	71.4	69.5	67.6
Senegal*	55.3	50.3	53.1	62.5	59.2	56.9
Togo	50.3	53.8	46.1	65.6	48.9	52.4

*Uno de los 54 países estudiados desde 1999.