Informe de política

POPULATION REFERENCE BUREAU

MAYO 2009

por JAMES GRIBBLE
y MAJ-LIS VOSS

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y BIENESTAR ECONÓMICO: NUEVA EVIDENCIA DE BANGLADESH

Las familias en las comunidades donde se implementó el programa de PFSMI se enriquecieron y fueron más saludables que las familias que vivían en otras comunidades parecidas.

43%
La cantidad por la que el valor promedio de una casa en la zona del programa excedía el de la de una en la zona comparativa.

Las mujeres que vivían en la zona del programa tuvieron como promedio 1,5 hijo menos que las mujeres en la zona comparativa.

La planificación familiar es una de las intervenciones en salud más costo-efectivas en el mundo en desarrollo[1]. Durante muchas décadas, los datos nos han mostrado que a cambio de una inversión modesta, la planificación familiar salva vidas y mejora la salud materna e infantil. A pesar de que parece intuitivo que invertir en planificación familiar también podría sacar a las familias de un estado de pobreza al ayudar a que las mujeres pobres tengan menos hijos, han habido relativamente pocos estudios que hayan ilustrado esta relación. Ahora, un nuevo estudio sobre Bangladesh ofrece evidencia en cuanto a que la inversión a largo plazo en un programa integrado de planificación familiar y salud materno-infantil (PFSMI) contribuye a una mejora en la seguridad financiera de las familias, hogares y comunidades por medio de ingresos más altos, una mayor acumulación de bienes y niveles de educación avanzados[2]. La evidencia indica que los servicios de planificación familiar y de salud materno-infantil reducen la pobreza, la primera meta de los Objetivos de desarrollo del Milenio[3].

Este resumen de políticas principalmente ha obtenido la información que se presenta de la investigación llevada a cabo por Shareen Joshi y T. Paul Schultz, quienes utilizaron la Encuesta de salud y socioeconómica de Matlab de 1996 y datos censales recabados en 1974, 1978 y 1982 para estudiar los efectos de la inversión a largo plazo en el programa de PFSMI de Matlab, Bangladesh[4]. Los datos del estudio indican que la salud y riqueza de las familias en comunidades donde se implementó el programa PFSMI fueron superiores a las de las familias que vivían en otras comunidades similares cuando el programa de Matlab se inició. Joshi y Schultz publicarán una serie de documentos que exploran los beneficios a largo plazo del programa de Matlab. Otras fuentes importantes utilizadas para preparar este resumen, son los trabajos de Vincent Fauveau y Ruth Levine[5].

Mantener la inversión en planificación familiar

Cuando diseñaron el programa PFSMI, los gerentes del programa de Matlab escogieron pueblos similares y la mitad de los mismos estuvieron en el grupo que recibió servicios integrados de PFSMI, que con el tiempo incluyeron la planificación familiar, inyecciones para prevenir el tétanos materno, cuidados prenatales, vacunación contra el sarampión y terapia de rehidratación oral, entre otros. La otra mitad de los pueblos, a los que se refirió como el grupo comparativo, recibió servicios de forma rutinaria ofrecidos por el Ministerio de Salud de Bangladesh. Datos del censo de 1974 para esta zona mostraron que los niveles de educación entre niños y adultos, así como el tipo de vivienda en la que residían eran similares en los dos grupos.

¿Cómo se distingue el programa de PFSMI?

Las familias que viven en la zona del programa de PFSMI tienen mejor salud y bienestar que aquellas de la zona comparativa. Por ejemplo, una mujer de 37 años y sus hijos en la zona del programa tienen mejor salud y están mejor en general que una familia parecida en la zona comparativa:

- La mujer tiene un hijo menos (una reducción en la fecundidad del 15%).
- El intervalo entre su segundo y tercer partos fue de por lo menos nueve meses.
- Ella pesa 1,7 kilos más (casi 4 libras).
- Su índice de masa corporal no es solo más alto sino que también rebasa el nivel de 17,5 kg/m2 — que se cree está relacionado con una reducción importante en el riesgo de muerte por desnutrición.
- Las hijas tienen un índice de masa corporal más alto.
- Es más probable que la familia obtenga agua de una fuente en la casa.
- La familia tiene más bienes y una casa de más valor.
- Los niños tienden a recibir las vacunas contra la DPT, polio y sarampión.

Sin embargo, a los cuatro años de iniciarse el programa, hubo cambios significativos en la zona del programa: el porcentaje de mujeres casadas que utilizaba un método de planificación familiar había aumentado; las mujeres en la zona del programa estaban teniendo menos hijos; y las muertes relacionadas con el embarazo se habían reducido. Para cuando se llevó a cabo la encuesta en 1996, las mujeres de 45 a 49 años que vivían en la zona del programa tenían como promedio 1,5 menos hijos que mujeres parecidas en el grupo comparativo. Estas reducciones en fecundidad y las mejoras en la salud confirmaron lo que la investigación mostraba en otros sitios sobre los beneficios de la planificación familiar.

Pero el programa de PFSMI también tuvo resultados inesperados que mejoraron el bienestar de la comunidad y de los hogares: mayores ingresos, aumentos en el valor de las casas, mayores ahorros y posesiones, un mayor éxito educativo y un mayor acceso al agua, además de tener mejor salud (ver el recuadro en la pág. 1). En general, según la encuesta de 1996, los pueblos que formaron parte del programa, estaban mucho mejor. Los resultados sugieren que con menos hijos, las familias tienen mayores ingresos y más ahorros, lo que les ayuda a conseguir una mejor calidad de vida.

CUADRO 1

Los hogares y las mujeres en las zonas del programa de PFSMI están mucho mejor situados económicamente

	VALORES PROMEDIO (EN TAKA 1995)	
INDICADOR	**PROGRAMA**	**COMPARATIVO**
Bienes totales del hogar	209.219	145.945
Valor de la casa	114.827	80.160
Ingresos de la mujer	1.483	891

Nota: Los números en este cuadro son promedios no ajustados.

Sobre el programa de Matlab

En 1977, el Centro internacional para la investigación de enfermedades diarreicas, Bangladesh (*International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh*) (ICDDR,B por sus siglas en inglés) inició un programa experimental de planificación familiar y salud materno-infantil (PFSMI) en la zona religiosa conservadora de Matlab, que incluía 149 pueblos con una población total de 180.000 personas. En las etapas iniciales del programa, los trabajadores de salud de la comunidad visitaban regularmente los hogares de mujeres casadas en los pueblos y les ofrecían una variedad de métodos de planificación familiar a escoger. Las trabajadoras de campo eran mujeres de familias de influencia en el pueblo; estaban casadas y tenían ocho o más años de escolaridad. También utilizaban métodos anticonceptivos. A medida que pasó el tiempo, el programa de PFSMI se expandió e incorporó otras intervenciones costo-efectivas como vacunas para mejorar la salud de las familias.

Un aspecto a resaltar del programa de PFSMI fue que permitió que hombres y mujeres no relacionados entre si trabajaran en un ambiente profesional y no por separado (la forma tradicional). El programa de PFSMI capacitó a más de 25.000 mujeres a que sirvieran de consejeras de bienestar familiar y recibieron beneficios por su servicio civil normalmente solo disponibles para los hombres.

Mayores ingresos y familias más ricas

Veinte años después de iniciarse los servicios de PFSMI, las familias que vivían en los pueblos del programa habían prosperado más (ver el Cuadro 1). Los resultados del estudio revelan que para cualquier nivel de educación, las mujeres del programa estaban mejor situadas económicamente. Y, a medida que el nivel de educación aumentaba, también lo hacían sus ganancias – las mujeres en la zona del programa ganaban 450 takas más por cada año de escolarización que las mujeres en el grupo comparativo. Esto representa seis meses de salario adicional, tomando como base el salario promedio de una mujer en el grupo comparativo.

Las familias y los hogares en la zona del programa también tenían más bienes. Como promedio, los hogares en la zona del programa poseían en su totalidad bienes que excedían aquellos de los hogares en el grupo comparativo por lo menos en un 43%, según se definan los diferentes bienes. Los hogares en la zona del programa – especialmente aquellos cuyas mujeres habían sido educadas – tendían más a:

- Ser propietarios de tierras de cultivo.
- Hacer mayores inversiones en estanques para la acuacultura y huertos para cultivos perennes.
- Tener casas de más valor.
- Tener otras formas de ahorro y bienes que dan más beneficios que las tierras de cultivo porque requieren menos trabajo manual.

El valor promedio de las casas de mujeres mayores y con más educación en la zona del programa era de alrededor un 19% más que el promedio para mujeres similares en los pueblos comparativos. Al tener menos hijos que sustentar, las familias en la zona del programa pudieron acumular más bienes a lo largo de sus vidas. Esta relación entre familias más pequeñas y una mayor riqueza resalta el beneficio de sustentar inversiones en planificación familiar y programas de SMI como una estrategia para reducir la pobreza.

Niños con mejores niveles de educación

La asistencia escolar contribuye a reducir la pobreza al desarrollar el alfabetismo y preparar a la juventud para conseguir trabajos que requieren mayores conocimientos y que pagan mejor. En base a dos indicadores sobre la asistencia escolar – matriculación actual en el momento de la encuesta y el nivel promedio de educación conseguido — los hijos e hijas en la zona del programa estaban mejor. Los hijos entre las edades de 9 y 14 años en la zona del programa de PFSMI habían terminado de promedio niveles de escolarización superiores que los hijos en el grupo comparativo. Las hijas en el mismo grupo de edad cuyas madres vivían en la zona del programa y habían ido a la escuela también tenían más probabilidades de haber estado matriculadas en escuelas que las hijas de mujeres que vivían en el grupo comparativo.

Los hijos e hijas mayores (entre 15 y 30 años) cuyas madres vivían en la zona del programa también habían recibido más educación, lo que contribuyó a que tuvieran mejores oportunidades económicas. Igualmente, los hijos mayores en la zona del programa tenían un promedio de nivel de educación superior al de los hijos mayores en el grupo comparativo. Las hijas mayores en la zona del programa también estaban mejor educadas — especialmente cuando sus madres habían ido a la escuela — que las mujeres jóvenes en el grupo comparativo.

La creación del programa de PFSMI coincidió con la implementación de políticas por parte del gobierno de Bangladesh que apoyaban la educación de las niñas. Anteriormente, los niños recibían sistemáticamente más escolarización que las niñas. Sin embargo, los hijos e hijas de las mujeres en la zona del programa se beneficiaron más de las oportunidades educativas adicionales que los hijo/as de mujeres en el grupo comparativo. A pesar de que la educación no formó parte del programa de PFSMI, el hecho de que las familias en la zona del programa tenían más seguridad económica puede haber resultado también en mejores oportunidades educativas tanto para niñas como niños.

Mejor acceso al agua

Otro beneficio adicional para la presencia a largo plazo del programa de PFSMI fue que, para 1996, los hogares en esa zona habían invertido en hacer que el agua de pozo fuera más accesible. El Cuadro 2 indica que el agua tanto para beber como para limpiar estaba más disponible en los hogares de la zona del programa. Al poder conseguir agua de forma más fácil y conveniente, las mujeres y niños en esos hogares no tenían que traerla de ríos u otras fuentes lejanas. También significó que con menos hijo/as que cuidar y un mejor acceso al agua, las mujeres en la zona del programa podían dedicar tiempo a actividades que mejoraban el bienestar de sus familias — obteniendo mayores sueldos, consiguiendo y preparando mejor comida y mejorando la salud de su familia.

Mejor salud para las mujeres

Además de los beneficios económicos, el programa de PFSMI contribuyó a una mejor salud de mujeres y niños. La prosperidad de las familias en la zona del programa se tradujo en un mejor estado nutricional entre las mujeres (ver el Cuadro 3). Como promedio, las mujeres en la zona del programa pesaban 1 kilo más, pero en algunos grupos de edad el incremento fue de hasta 2,4 kilos (más de 5 libras). Las mujeres en la zona del programa también tenían un índice de masa corporal (IMC) superior, con el aumento más significativo entre las mujeres de 45 a 50 años[6]. El aumento en peso y IMC puede que muestre que los hogares en la zona del programa tienen más ingresos para comprar comida que benefician a toda la familia. Tener un IMC más alto sitúa a las mujeres por encima de un nivel donde el riesgo de morir puede reducirse hasta en un 20%, y puede también contribuir a que estas mujeres sean económicamente más productivas.

Otras mejoras en la salud de las mujeres, como por ejemplo un aumento en el uso de servicios prenatales y una mayor cobertura de la vacunación contra el tétanos entre las mujeres embarazadas, también fueron superiores en la zona del programa. Además, ya que las mujeres en la zona del programa de PFSMI tuvieron menos embarazos y nacimientos, también tuvieron un menor riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo y de discapacidad que las mujeres en los pueblos comparativos.

Salvar las vidas de niños

El programa de PFSMI incorporó intervenciones para reducir la mortalidad infantil. En general, las tasas de mortalidad infantil (las muertes antes de los 5 años) se redujeron en un 20% o más.

Dos intervenciones clave contribuyeron a las mejoras en la supervivencia infantil: el espaciamiento de los nacimientos y las vacunas. Uno de los éxitos del programa de PFSMI fue que aumentó el espaciamiento entre el segundo y tercer nacimientos, lo que contribuyó a reducir las tasas de mortalidad infantil y de la niñez y en general a una mejor salud entre los niños. Para las mujeres en la zona del programa, el intervalo entre el segundo y tercer parto incrementó por los menos en ocho meses debido al uso de métodos de planificación familiar. Aunque el programa no influyó mucho en cuanto al primer o segundo parto, sí permitió a las mujeres adoptar la planificación familiar para espaciar el tercer y siguientes partos y evitar embarazos no planificados más adelante.

Las vacunas también jugaron un papel importante en la reducción de la mortalidad infantil. En la zona del programa de PFSMI, los niños tenían muchas más probabilidades de estar vacunados contra la polio, sarampión y difteria/tétanos/pertusis que los niños en el grupo comparativo. El tamaño de las diferencias que se muestra en el Cuadro 3 resalta los beneficios que los programas integrados de planificación familiar y SMI pueden conseguir cuando se incorporan en programas de alcance.

El éxito en Matlab

Las inversiones a largo plazo en servicios de planificación familiar y SMI integrales contribuyen a muchos beneficios económicos y de salud para las mujeres y sus familias. La experiencia de Matlab

CUADRO 2

Los hogares en la zona del programa de PFSMI tienen mejor acceso al agua para beber y limpiar

	PORCENTAJE	
INDICADOR	**PROGRAMA**	**COMPARATIVO**
Agua para beber	63	55
Agua para limpiar	53	43

Nota: Los números en este cuadro son promedios no ajustados.

CUADRO 3

La salud de las mujeres y los niños en el programa de PFSMI es mejor

	VALORES PROMEDIO	
INDICADOR	**PROGRAMA**	**COMPARATIVO**
Peso	41,9 kg	40,9 kg
Índice de masa corporal	19,0	18,4
Inyección contra el tetanos toxoide (%)	21	13
Vacuna contra el sarampión (%)	80	45
Vacuna contra la DPT (%)	90	56
Vacuna contra la polio (%)	93	61

Nota: Los números en este cuadro son promedios no ajustados.

muestra que cuando se pueden obtener una variedad de métodos de planificación familiar, muchas mujeres pobres deciden tener menos hijos y, con familias más pequeñas, pueden ganar salarios más altos y acumular mayores bienes. En una zona donde las tasas de fecundidad eran altas y las instalaciones de salud eran pobres o no disponibles, el programa ayudó a reducir el número de embarazos, lo que redujo el riesgo de muertes y discapacidad relacionadas con el embarazo, y contribuyó a que mujeres y niños tuvieran mejor salud. Por tanto, el programa ayudó a conseguir un número de objetivos de desarrollo.

El exitoso programa de PFSMI sirve de modelo para programas similares en otros lugares del mundo. Para conseguir resultados parecidos en otros sitios, los tomadores de decisiones y los gerentes de programas deben:

- Abogar a los tomadores de decisiones a todos los niveles para conseguir su compromiso en favor de programas de planificación familiar y salud reproductiva. Sin su apoyo, los avances en el bienestar económico y de salud no serán importantes ni durarán.
- Invertir en programas de planificación familiar a largo plazo. En muchos lugares, tomar en cuenta temas culturales contribuye a aceptar los programas y servicios de salud reproductiva.
- Reconocer los beneficios económicos y de salud y las contribuciones de las inversiones que los programas de planificación familiar y SMI hacen para conseguir los Objetivos de desarrollo del Milenio.
- Desarrollar tácticas sustentables que ayuden a los miembros de la comunidad a entender las opciones que existen para espaciar nacimientos y los beneficios de salud, económicos y sociales relacionados con ello. En Matlab, tener a mujeres que sirvieran de trabajadoras de salud de la comunidad animó a los vecinos a adoptar planificación familiar y fue un componente crucial para el éxito del programa de PFSMI.
- Incrementar el conocimiento entre mujeres y hombres sobre los beneficios de salud, económicos y sociales de tener familias más pequeñas.

Los programas de planificación familiar pueden jugar un papel vital en la reducción de la pobreza y en el desarrollo sustentable. El programa de PFSMI en Matlab, Bangladesh, ofrece evidencia de que cuando los tomadores de decisiones se comprometen a largo plazo a la planificación familiar y a la salud materno-infantil, las familias y comunidades pueden mejorar tanto su bienestar como su salud.

Agradecimientos

James Gribble es vice presidente de Programas internacionales en el PRB. Maj-Lis Voss es directora en el grupo NorthSouth. Queremos ofrecer un agradecimiento especial a Shareen Joshi de la Universidad de Georgetown por su ayuda en la preparación de este resumen de políticas. También les damos las gracias a T. Paul Schultz, Universidad de Yale; Carmen Coles, Oficina de Población y Salud Reproductiva en la USAID; Alex Todd, Oficina de Población y Salud Reproductiva en la USAID; Gloria Coe, Oficina de Población y Salud Reproductiva en la USAID; Mai Hijazi, Oficina de Población y Salud Reproductiva en la USAID; Tom Merrick, Instituto del Banco mundial; Lori Ashford, consultora independiente; Erin Sines, analista de políticas en el PRB; y Marya Khan, analista de políticas en el PRB por revisar varios borradores de este resumen y por proveer comentarios y sugerencias importantes. Este resumen de políticas fue posible gracias a fondos de la Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional bajo el proyecto BRIDGE (Acuerdo de cooperación GPO-A-00-03-00004-00).

Diseño y producción: Michelle Corbett, Black Mountain Creative

Traducción y coordinación de la producción: Sara Adkins-Blanch

Referencias

1 Rhonda Smith et al., *Family Planning Saves Lives*, 4a ed. (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2009); Population Action International, *Voluntary Family Planning: An Investment in Our World's Future* (Washington, DC: Population Action International, 2006); y Ruth Levine et al., "Contraception," en *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2a ed., ed. Dean T. Jamison et al. (Nueva York: Banco mundial y Oxford University Press, 2006): 1082.

2 Shareen Joshi y T. Paul Schultz, "Family Planning as an Investment in Development: Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh," documento de trabajo (2007), Yale University Economic Growth Center, disponible en: http://ssrn.com/abstract=962938.

3 Los Objetivos de desarrollo del Milenio consisten en ocho objetivos relacionados con la erradicación de la pobreza y la mejora de la educación, la potenciación de las mujeres, la salud y el medio ambiente para el año 2015. Líderes a nivel mundial adoptaron los objetivos a continuación de la Cumbre de la ONU sobre el Milenio en el año 2000. Para más información ver: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/.

4 Los investigadores estimaron los efectos de vivir en los pueblos donde el programa de PFSMI se llevó a cabo en cuanto a una serie de medidas relacionadas con el bienestar de las mujeres. Su análisis considera los efectos de la edad, educación de la mujer y su esposo, afiliación religiosa, estado civil, y varias características comunitarias. Los datos documentados en los Cuadros 1, 2, y 3 son promedios no ajustados y no reflejan el efecto de estos factores. (La tasa de cambio en 1995/1996 era aproximadamente de 40,5 taka por dólar.)

5 Vincent Fauveau, ed., "Women, Children, and Health," ICDDR,B Special Publication No. 35 (Dhaka: International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, 1994); y Ruth Levine, *Millions Saved: Proven Successes in Global Health* (Washington, DC: Center for Global Development, 2004).

6 El índice de masa corporal (IMC) es una medida estadística del peso de una persona según su estatura que se utiliza para determinar si una persona es baja de peso o tiene sobrepeso. Las unidades del IMC se definen como kg/m2.

PRB INFORM EMPOWER ADVANCE

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

BRIDGE

POPULATION REFERENCE BUREAU

El Population Reference Bureau **INFORMA** a las personas en el mundo sobre temas de población, salud y el medio ambiente y las **POTENCIA** para utilizar dicha información y hacer **AVANCES** en el bienestar de las generaciones presentes y futuras.

www.prb.org

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW
Suite 520
Washington, DC 20009 EE.UU.

202 483 1100 TELÉFONO
202 328 3937 FAX
popref@prb.org C. ELECTRÓNICO