



ÍNDICE DE DISPONIBILIDAD ASEGURADA DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS 2015

Los Esfuerzos Globales Rinden Dividendos Signativos
en Los Insumos Anticonceptivos



OCTUBRE 2015

Esta publicación fue producida para la revisión de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue preparada por el USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 4.

ÍNDICE DE DISPONIBILIDAD ASEGURADA DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS 2015

Los Esfuerzos Globales Rinden Dividendos Signativos en Los
Insumos Anticonceptivos

USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 4

La Orden de Trabajo 4 de USAID | PROYECTO DELIVER es financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo el contrato número GPO-I-00-06-00007-00, número de pedido AID-OAA-TO-10-00064, a partir del 30 de septiembre de 2010. La Orden de Trabajo 4 es implementada por John Snow, Inc., en colaboración con Asociación Benéfica PRISMA; Cargo Management Logistics; Crown Agents USA, Inc.; Eastern and Southern African Management Institute; FHI 360; Futures Institute for Development, LLC; LLamasoft, Inc; The Manoff Group, Inc.; OPS MEND, LLC; PATH; PHD International (a division of the RTT Group); y VillageReach. El proyecto mejora las cadenas de abastecimiento de los productos e insumos esenciales de salud a través del fortalecimiento de los sistemas de información para la administración logística; el alineamiento de los sistemas de distribución; la identificación de recursos financieros para adquisiciones y para el funcionamiento de la cadena de abastecimiento; y el mejoramiento de los pronósticos y la planificación de adquisiciones. El proyecto también alienta a legisladores y donantes a apoyar la logística como factor crítico del éxito general de sus mandatos en el área de salud.

Formato recomendado para las citas

USAID | PROYECTO DELIVER. 2015. *Índice de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos 2015: Los Esfuerzos Globales Rinden Dividendos Signativos en Los Insumos Anticonceptivos*. Arlington, Va.: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 4.

Resumen

Sin un suministro confiable de anticonceptivos, los programas de planificación familiar no pueden proveer servicios de calidad a sus usuarios. Para esto, es fundamental la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), donde cada persona puede elegir, obtener y utilizar anticonceptivos de calidad. El *Índice de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos* mide los niveles de DAIA a través de una serie de 17 indicadores agrupados en cinco áreas estratégicas en casi 80 países. Con nuevos datos recolectados en 2015, esto representa más de una década de puntajes desde 2003. Estos años corresponden a esfuerzos significativos por parte de donantes globales para mejorar la DAIA en todo el mundo.

Los resultados muestran el progreso global hacia la DAIA en todos los componentes, con los puntajes más altos en el componente cadena de suministro, pero con el mayor progreso alcanzado en el componente finanzas. Notablemente, los países con los puntajes más bajos en 2003 hicieron el mayor progreso, particularmente en África Subsahariana. A pesar de estos logros, aún hay desafíos. El índice puede ser utilizado para abogar por la DAIA, establecer prioridades, mejorar la asignación de recursos y monitorear el progreso hacia el logro de un suministro seguro de anticonceptivos de calidad.

Fotografías de portada cortesía de USAID | PROYECTO DELIVER.

USAID | PROYECTO DELIVER

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Teléfono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: askdeliver@jsi.com

Internet: deliver.jsi.com

Un objetivo fundamental de los programas de salud reproductiva y planificación familiar es el de garantizar que las personas puedan elegir, obtener y utilizar una amplia gama de métodos anticonceptivos y condones de alta calidad, a precios asequibles, para la prevención de ITS/ VIH (infecciones de transmisión sexual / virus de la inmunodeficiencia humana). Este objetivo, denominado Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), requiere de estrategias sostenibles que aseguren y mantengan el acceso a los suministros y la disponibilidad de éstos.

Durante los últimos 12 años, muchos países de bajos ingresos han registrado un progreso significativo hacia la meta de DAIA, como se ve en los resultados presentados aquí. Sin embargo, mientras que la demanda global de la planificación familiar, continua aumentando, garantizar la DAIA es más difícil de lograr en muchos países.

El financiamiento adecuado para los programas de salud reproductiva (SR) y planificación familiar a veces no mantiene la misma proporción que la demanda, y los recursos de los donantes son inadecuados. A pesar de las inversiones en sistemas de entrega de servicios y logística, estos sistemas siguen siendo limitados en muchos países. Sin embargo, la seguridad global enfocada en la DAIA ha rendido dividendos significativos en todos los componentes de DAIA.

Es fundamental que los participantes y los directores de programa mantengan su apoyo para asegurar la DAIA a largo plazo. Los programas no pueden satisfacer las necesidades de SR y planificación familiar de sus usuarios sin tener la disponibilidad confiable de suministros y servicios anticonceptivos de alta calidad. Alcanzar las metas de salud y la reducción de la pobreza adoptadas por muchos países, será obstaculizado, a menos que el momentum de progreso hacia la DAIA sea acelerado. Para garantizar el suministro de anticonceptivos y la disponibilidad del servicio a los usuarios, se requiere de un enfoque multisectorial. Los sectores público y privado deben cooperar para garantizar un ambiente de políticas favorable, estimación de necesidades y adquisición de insumos, cadenas eficientes de suministros, proveedores bien capacitados, sistemas eficaces de entrega de servicios, un entorno social favorecedor y un financiamiento adecuado. Para planificar intervenciones efectivas para alcanzar esta meta, los responsables de políticas, los directores de programa y las agencias internacionales de donantes necesitan saber si los programas están progresando hacia la DAIA y cómo lo están haciendo.

Este gráfico de pared presenta un conjunto de indicadores que pueden utilizarse para medir el nivel de DAIA de un país y monitorear el progreso mundial para alcanzar esta meta a lo largo del tiempo. Los indicadores han sido agrupados para establecer un índice compuesto lo cual ha sido calculado cada tres años desde el año 2003. El *Índice de DAIA 2015* presenta los datos más actualizados, representando más de una década completa de monitorear el progreso y medir los logros.

RESULTADOS

Un total de **77 países** están representados en el índice 2015, incluyendo los **47 países que tienen puntajes hasta la fecha para los cinco índices**.

La Tabla 1 muestra los datos en bruto de los 17 indicadores, agrupados en los cinco componentes que se utilizaron para elaborar el Índice de DAIA: cadena de suministro, finanzas, entorno social y de salud, acceso y utilización. Esto representa la información más actual de que se dispone. Sin embargo, cuando no se pudo disponer de nuevos valores para el 2015, los puntajes en bruto del índice 2012 fueron incluidos en el nuevo índice como los datos más actuales disponibles. Los datos del 2003, 2006 y 2009 no fueron incluidos en esta versión.

La Tabla 2 muestra los puntajes ponderados por componente y total. La figura 1 muestra los puntajes totales ponderados de los 77 países presentes en el índice. La escala de puntajes posibles en el Índice de DAIA ponderado es de 0 a 100, **aunque los puntajes reales en 2015 van de 39.3 a 73.6**. En el 2003 la clasificación iba de 28.1 a 68.1. en 2006, la escala de puntajes fue de 35.5 a 73.2; en 2009, la escala fue de 37.4 a 74.1; y en 2012 la escala fue de 39.1 a 70.8. El puntaje más bajo en 2015 representa un aumento del 40 por ciento con respecto al puntaje más bajo de 2003 (ver figura 2). Mientras que los puntajes de los países de más alto desempeño se mantuvieron relativamente estables, **los puntajes de los países de más bajo desempeño aumentaron dramáticamente** a lo largo de los últimos doce años; los puntajes promedio a lo largo de los países de África Subsahariana aumentaron un 17 por ciento del 2003 al 2015.

Utilizando un test emparejado, **los resultados del promedio mundial global del 2015 representan un incremento estadístico significativo ($p < 0.05$)** desde los puntajes de 2003 para los 47 países que recibieron puntajes en ambos índices, lo cual indica una mejora en general. La figura 3 compara los puntajes totales del índice promediados por región. Los incrementos observados en el puntaje total del índice para los mismos países en los índices de 2003 y 2015 son significativos en todas las regiones (excluyendo Europa Oriental y Asia Central, ya que muy pocos de los mismos países pudieron compararse entre 2003 y 2015). **Los promedios mundiales de los componentes muestran una mejora significativa en todos los componentes:** la cadena de suministro, finanzas, entorno social y de salud, acceso y utilización de 2003 a 2015 (ver figura 4). En la mayoría de los casos, los promedios de los puntajes del componente por región también mostraron mejoras, aunque estas mejoras sólo fueron significativas en los siguientes casos:

Cadena de suministro: África Subsahariana

Finanzas: Asia y el Pacífico, Medio Oriente y África del Norte, y África Subsahariana

Entorno social y de salud: Asia y el Pacífico, América Latina y el Caribe, y África Subsahariana

Acceso: África Subsahariana

Utilización: América Latina y el Caribe, Medio Oriente y África del Norte, y África Subsahariana

En cada Índice de DAIA hasta la fecha, **el puntaje promedio fue más alto en el componente cadena de suministro** y más bajo en el componente finanzas; sin embargo, **el mayor progreso a lo largo de los últimos doce años** tuvo lugar en el componente finanzas (por ejemplo, los puntajes promedio de finanzas a lo largo de los 47 países aumentaron en un 25 por ciento desde 2003). Los puntajes por componente de un país individual pueden ser comparados dentro del mismo año (puntaje ponderado máximo de 20 puntos para cada componente), y esto permite a los usuarios identificar los componentes que requieren atención y mayor evaluación. Los países pueden tener puntajes similares en general, pero tener fortalezas y debilidades en diferentes componentes. Esto pone de relieve la necesidad de revisar los indicadores dentro del contexto más amplio de un país, incluyendo aspectos no captados en el Índice de DAIA debido a limitaciones en los datos. Finalmente, es importante señalar que el movimiento de unos pocos lugares hacia arriba o hacia abajo a nivel de país, puede no representar diferencias significativas o cambios en el nivel de seguridad anticonceptiva.

Tabla I. Indicadores del Índice DAIA, Datos en Bruto

	Cadena de Suministro			Finanzas			Entorno Social y de Salud			Acceso			Utilización				
	Almacenamiento y distribución	SIAL	Previsiones	Adquisiciones	Política anticonceptiva	Gastos del Gno. en salud	INB, PPA per cápita	Nivel de pobreza	Gobierno	Educación de las mujeres	Prevalencia de VIH en mujeres	Acceso a métodos del FP	Alcance del sector público	Extensión del acceso a métodos del FP	Mezcla de métodos	Necesidad no satisfecha del FP	Tasa de prevalencia de VIH
	max=30	max=12	max=8	max=8	max=4	max=35	max=\$20,000	max=100	max=30	max=100	max=50	max=4	max=1	max=1	max=50	max=100	
ASIA Y EL PACÍFICO																	
Bangladesh	24.0	11.0	8.0	6.0	3.3	9.4	3,340	31.5	9.5	57.2	<0.1	3.0	1.8	0.02	0.42	12.2	56.7
Cambodia	12.0	12.0	6.0	5.0	2.5	10.4	829	32.9	9.6	32.9	0.6	2.4	1.4	0.03	0.35	17.5	38.4
China	28.5	10.3	5.0	4.0	2.0	8.0	8,900	24.5	12.1	88.9	0.1	1.5	0.02	0.41	13.1	17.5	38.4
India	24.3	10.3	7.4	7.0	2.3	7.7	5,740	29.8	12.9	69.4	0.3	2.4	1.6	0.06	0.42	11.3	59.0
Indonesia	26.5	12.0	4.0	8.0	2.3	7.8	10,250	12.0	12.9	82.1	0.5	2.4	1.6	0.02	0.48	11.3	59.0
Malaysia	27.7	8.9	8.0	5.4	2.1	10.2	23,850	1.7	17.3	68.5	0.5	2.8	1.1	0.03	0.48	15.4	41.7
Nepal	22.8	9.0	8.0	7.0	2.1	13.6	2,420	25.2	10.1	68.3	0.2	2.4	1.1	0.04	0.17	23.9	48.0
Pakistan	22.8	9.0	8.0	7.0	2.1	5.4	5,100	22.3	8.2	32.2	<0.1	2.0	0.6	0.07	0.23	20.4	27.9
Thailand	22.8	9.0	8.0	7.0	2.1	17.1	13,950	8.1	13.2	89.1	1.1	3.3	0.6	0.01	0.57	5.7	76.5
Timor-Leste	18.1	8.2	5.4	5.3	2.8	4.7	5,680	49.9	10.3	55.0	1.1	1.6	0.6	0.08	0.68	26.3	26.4
Viet Nam	18.1	8.2	5.4	5.3	2.8	7.8	5,350	14.5	11.9	64.0	0.5	2.9	0.6	0.03	6.5	65.3	65.3
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL																	
Afghanistan	24.7	10.0	7.3	8.0	1.3	4.3	1,980	60.1	5.5	38.3	<0.1	1.5	1.5	0.05	0.21	27.1	24.1
Albania	24.7	10.0	7.3	8.0	1.3	4.3	10,260	14.3	13.6	73.0	0.3	2.2	1.1	0.02	0.14	18.0	49.4
Armenia	9.2	6.9	1.7	6.0	1.3	8.2	8,550	32.4	14.0	94.0	0.2	1.3	0.8	0.16	0.23	12.8	18.9
Azerbaijan	3.0	0.0	0.0	0.0	1.4	5.4	16,910	6.0	10.8	99.5	0.1	1.5	0.0	0.10	0.48	13.3	29.6
Georgia	30.0	10.0	7.4	7.3	2.7	6.5	7,510	14.8	16.2	100.0	0.3	2.3	1.6	0.04	16.8	36.7	21.7
Kirgizistan	23.3	12.0	8.0	7.4	1.3	18.3	21,580	3.8	10.9	100.0	0.2	1.8	1.0	0.03	15.6	52.3	52.3
Kyrgyz Republic	23.3	12.0	8.0	7.4	1.3	18.3	3,220	38.0	10.2	88.2	0.3	2.3	1.4	0.04	0.61	17.1	38.5
Moldova	16.3	8.0	8.0	4.6	1.4	19.5	5,480	21.9	13.2	88.9	0.6	2.2	2.2	0.04	12.7	44.7	44.7
Romania	16.3	8.0	8.0	4.6	1.4	19.5	19,030	10.7	5.9	94.2	0.1	1.5	0.8	0.01	9.5	53.7	53.7
Turkey	16.3	8.0	8.0	4.6	1.4	19.5	2,630	46.7	7.8	82.1	0.4	3.0	0.8	0.02	0.63	21.9	80.0
Uzbekistan	14.7	9.5	7.4	7.4	2.7	15.5	12,450	40.9	10.7	37.3	1.2	1.8	0.08	0.51	10.7	68.6	68.6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE																	
Bolivia	21.8	12.0	4.6	2.0	2.7	20.6	12,120	32.7	11.7	89.1	0.3	2.2	1.1	0.02	0.14	18.0	49.4
Colombia	22.3	12.0	4.0	8.0	3.1	27.8	12,620	29.7	13.2	86.4	0.3	2.6	1.1	0.04	0.37	8.2	71.7
Costa Rica	10.7	5.4	6.3	3.7	1.6	7.3	13,900	20.6	18.9	100.0	0.3	2.4	0.0	0.04	0.20	6.2	75.7
Ecuador	7.2	9.4	8.0	3.7	2.0	20.5	11,120	22.3	11.5	100.0	0.3	2.6	0.0	0.00	0.91	61.2	61.2
El Salvador	7.2	9.4	8.0	3.7	2.0	20.5	7,720	34.5	4.1	70.5	0.5	2.4	0.0	0.04	0.46	11.9	64.3
Guatemala	7.2	4.3	5.7	2.7	1.4	17.3	7,260	51.0	11.3	62.3	0.5	1.9	0.0	0.04	0.35	17.3	47.8
Honduras	16.5	8.9	7.4	7.0	3.1	4.5	6,930	51.0	12.6	100.0	1.8	2.2	1.0	0.03	0.53	32.9	33.6
Jamaica	10.2	4.9	6.9	3.3	2.4	17.9	4,120	66.5	10.9	78.0	0.4	2.6	1.5	0.02	0.16	10.6	63.7
Mexico	25.0	12.0	8.0	6.7	3.3	9.6	8,490	9.9	15.1	79.3	1.6	2.6	0.6	0.02	0.17	9.7	67.9
Nicaragua	28.3	12.0	8.0	6.7	2.0	28.8	4,670	46.2	11.8	72.0	0.3	3.2	0.0	0.01	10.5	67.4	67.4
Paraguay	16.3	8.0	8.0	4.6	1.4	19.5	8,010	25.8	11.1	77.5	0.4	2.1	0.0	0.01	0.07	6.4	68.0
Peru	13.8	6.9	2.3	4.3	2.6	18.8	11,510	25.2	13.5	92.9	0.4	1.9	1.4	0.03	0.17	9.1	52.4
República Dom.	14.7	9.5	7.4	7.4	2.7	15.5	12,450	40.9	13.3	80.2	1.0	2.3	1.8	0.04	0.51	10.7	68.6
ORIENTE MEDIO Y AFRICA DEL NORTE																	
Egipto	28.3	10.0	5.7	5.7	1.9	6.3	11,020	60.1	9.5	87.8	<0.1	2.2	1.2	0.02	0.38	12.3	57.8
Jordania	23.2	12.0	4.0	4.7	2.4	18.5	11,910	13.3	14.0	89.0	0.3	2.6	1.4	0.05	0.32	12.0	42.7
Marruecos	14.5	4.4	6.3	4.7	2.5	4.3	7,180	9.0	12.9	63.4	0.1	2.4	0.0	0.05	9.7	58.0	58.0
Yemen	14.5	4.4	6.3	4.7	2.5	4.3	3,820	34.8	7.0	39.9	<0.1	2.3	0.4	0.05	0.26	27.1	27.6
AFRICA SUBSAHARIANA																	
Benin	10.7	4.5	6.3	3.0	2.5	20.5	1,850	39.0	13.0	42.9	1.1	2.3	0.4	0.02	0.09	30.6	10.4
Botsuana	18.0	10.0	6.9	6.0	2.5	10.8	17,460	14.7	19.0	84.0	25.2	2.0	0.3	0.01	0.20	16.8	54.7
Burkina Faso	25.0	11.0	8.0	7.3	3.2	24.7	1,660	46.7	12.1	26.0	0.9	2.4	0.8	0.01	0.45	29.8	17.8
Burundi	15.9	6.8	4.9	6.4	2.0	8.5	2,940	29.9	8.3	29.2	1.1	2.4	0.8	0.01	0.40	22.3	23.3
Camerún	14.0	6.9	6.3	7.3	1.8	35.8	2,130	35.0	7.2	44.3	2.5	1.9	0.4	0.04	0.40	22.3	17.3
Chad	14.0	6.9	6.3	7.3	1.8	35.8	2,130	35.0	7.2	44.3	2.5	1.9	0.4	0.04	0.40	22.3	17.3
Congo, Rep. del	13.3	12.0	6.3	5.4	3.0	17.9	3,350	47.7	9.7	31.5	3.6	1.6	0.4	0.10	0.48	17.7	25.7
Congo, Rep. del	13.3	12.0	6.3	5.4	3.0	17.9	3,350	47.7	9.7	31.5	3.6	1.6	0.4	0.10	0.48	17.7	25.7
Etiopia	19.3	4.0	6.9	6.4	3.1	13.5	1,500	38.9	9.5	30.0	1.2	2.2	0.6	0.02	0.48	25.0	35.7
Gambia	14.7	6.3	6.3	2.3	3.1	13.5	1,500	38.9	9.5	30.0	1.2	2.2	0.6	0.02	0.48	25.0	35.7
Gambia	14.7	6.3	6.3	2.3	3.1	13.5	16,500	32.7	12.1	45.0	3.9	2.2	0.6	0.05	0.59	25.4	21.4
Guinea	12.3	6.0	5.1	3.0	2.5	11.3	1,580	48.4	11.3	49.0	1.8	2.4	0.5	0.05	0.41	28.2	9.8
Guinea	12.3	6.0	5.1	3.0	2.5	11.3	3,960	24.2	15.5	58.2	1.5	2.0	0.9	0.08	0.23	34.0	20.3
Guinea-Bissau	26.5	10.4	4.9	6.2	1.5	1.8	1,140	55.2	7.9	26.0	1.6	2.0	0.4	0.02	0.02	24.6	40.6
Kenya	15.8	12.0	8.0	7.4	2.6	9.3	2,890	45.9	11.0	14.0	3.7	2.0	0.5	0.05	0.21	22.1	12.8
Lesotho	26.0	8.0	6.3	5.4	2.5	13.1	820	56.6	10.2	64.5	5.3	2.1	0.6	0.01	0.43	18.5	56.0
Liberia	25.0	11.9	7.4	8.0	1.9	2.5	1,400	63.8	14.6	62.3	23.4	1.9	0.5	0.03	0.22	18.2	59.0
Madagascar	28.0	12.0	8.0	8.0	2.3	14.2	780	52.4	10.1	37.7	1.2	1.8	0.6	0.09	0.48	31.6	19.5
Malawi	23.3	12.0	7.5	5.4	3.0	15.6	1,660	47.4	10.2	39.8	1.4	2.1	0.8	0.02	0.56	18.8	36.9
Mali	12.7	7.0	6.9	6.4	1.9	7.3	3,700	42.0	9.8	28.6	0.7	1.5	0.3	0.07	0.15	26.9	11.4
Mauritania	21.0	11.4	6.3	4.4	0.6	11.6	1,170	54.7	11.9	24.8	10.6	2.1	0.2	0.06	0.35	30.9	12.5
Mozambique	18.0	9.4	3.7	4.0	2.5	12.1	9,880	38.0	17.1	71.0	16.0	2.4	0.8	0.03	0.36	16.9	56.7
Namibia	22.0	7.1	6.9	7.4	3.2	22.0	950	59.5	10.7	14.9	0.5	2.0	0.2	0.04	0.29	17.6	9.8
Nigeria	20.0	11.4	6.9	7.4	2.2	22.0	5,680	54.7	8.1	27.0	3.2	1.7	0.2	0.09	0.14	21.9	10.8
Nigeria	20.0	11.4	6.9	7.4	2.2	22.0	5,680	54.7	8.1	27.0	3.2	1.7	0.2	0.09	0.14	21.9	10.8
Ruanda	29.3	12.0	6.9	8.0	3.4	45.6	1,530	44.9	13.9	33.7	2.8	3.1	1.0	0.01	0.44	19.9	47.1
Senegal	28.3	11.0	6.3														

Tabla 2. Puntajes Ponderados de los Componentes

	Cadena de suministro max=20	Finanzas max=20	Entorno social y de salud max=20	Acceso max=20	Utilización max=20	Total 2015 max=100
ASIA Y EL PACÍFICO						
Bangladesh	18.2	7.5	12.6	12.7	12.7	63.6
Camboya	18.2	8.9	11.3	11.4	12.0	61.8
Filipinas	11.9	9.2	15.5	10.6	10.8	58.0
India	16.1	8.0	14.1	11.2	12.5	61.9
Indonesia	15.8	10.8	14.9	11.6	12.6	65.7
Malaysia	7.9	15.2	15.0	12.2	13.2	63.5
Nepal	15.4	8.4	13.4	11.1	12.2	60.6
Pakistán	15.6	7.9	10.6	10.0	10.9	55.1
Thailand	12.9	14.0	15.4	13.4	15.3	71.0
Timor-Leste	12.0	6.1	12.0	9.2	7.1	46.4
Viet Nam	13.3	9.0	13.5	12.3	14.7	62.7
Promedio Regional	14.3	9.5	13.5	11.4	12.2	60.9
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL						
Afghanistan	11.4	5.2	10.4	9.2	9.0	45.3
Albania	16.7	11.6	14.6	10.6	11.4	64.8
Armenia	8.6	8.9	16.0	8.3	10.3	52.2
Azerbaiyán	1.4	12.9	15.7	9.1	12.4	51.4
Georgia	17.4	9.4	16.9	11.2	11.3	66.1
Kirguistán	4.8	16.1	15.7	10.5	13.3	60.4
Kyrgyz Republic	16.1	8.7	14.8	11.1	9.6	60.2
Moldova	13.1	10.1	15.5	10.9	12.3	61.8
Romania	8.1	14.8	16.5	9.0	13.9	62.2
Tajikistan	11.6	5.6	13.8	12.1	8.2	51.3
Ucrania	7.5	11.3	15.4	9.9	13.9	58.0
Promedio Regional	10.6	10.4	15.0	10.2	11.4	57.6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE						
Bolivia	12.9	8.2	14.6	11.0	12.7	59.3
Colombia	16.3	12.6	16.0	11.0	14.6	70.5
Costa Rica	13.3	15.2	17.5	12.1	15.6	73.6
Ecuador	9.8	9.9	15.9	11.7	14.3	61.6
El Salvador	11.5	10.8	14.4	12.0	13.0	61.7
Guatemala	8.0	9.0	13.3	10.2	11.9	52.3
Guyana	10.2	10.1	15.9	10.7	11.8	58.7
Haiti	15.5	4.2	10.7	10.7	7.7	48.8
Honduras	10.5	7.0	14.2	11.8	15.1	58.7
Jamaica	17.9	10.7	15.1	11.9	15.4	71.1
México	9.7	11.1	15.8	12.7	14.4	63.7
Nicaragua	17.1	10.6	14.1	13.2	15.0	70.1
Paraguay	12.6	11.3	14.3	11.1	16.5	65.8
Perú	10.0	12.4	15.8	10.5	14.5	63.2
República Dom.	15.2	11.0	14.8	11.5	13.1	65.7
Promedio Regional	12.7	10.3	14.8	11.5	13.7	63.0
ORIENTE MEDIO Y AFRICA DEL NORTE						
Egipto	14.7	11.0	14.6	11.1	13.0	64.4
Jordania	13.8	13.3	15.4	11.5	12.4	66.5
Marruecos	17.0	9.7	13.8	11.3	13.5	65.1
Yemen	11.4	6.4	10.9	10.3	9.8	48.9
Promedio Regional	14.2	10.1	13.7	11.1	12.2	61.2
AFRICA SUBSAHARIANA						
Benin	10.1	8.6	12.3	10.6	9.3	51.0
Botswana	13.9	13.6	13.1	8.8	10.8	60.3
Burkina Faso	17.3	8.8	11.0	10.3	9.6	57.1
Burundi	14.7	4.0	10.3	11.1	7.9	48.0
Camerún	12.0	6.6	11.3	8.7	8.8	47.5
Chad	12.8	4.3	8.9	9.6	8.2	43.9
Congo, Dém. Rép.	13.2	7.1	10.0	8.4	7.9	46.5
Congo, Rép.	12.5	6.0	11.5	9.1	9.3	48.4
Costa de Marfil	14.6	7.4	10.5	9.1	8.3	49.8
Etiopía	13.6	7.1	10.6	10.6	7.8	49.8
Gabon	11.0	12.1	11.8	8.9	7.4	51.2
Gambia	10.2	6.1	12.2	10.6	7.5	46.7
Ghana	16.0	9.6	13.8	10.1	8.6	58.2
Guinea	14.4	3.7	9.9	9.7	10.2	48.0
Guinea-Bissau	12.8	3.3	8.7	9.8	9.0	43.6
Kenya	16.4	6.3	12.7	10.5	11.7	57.7
Lesotho	11.5	7.1	11.0	9.9	13.4	52.8
Liberia	14.4	5.2	10.6	9.5	7.2	46.9
Madagascar	17.0	5.7	11.4	10.5	9.6	54.1
Malawi	18.0	6.1	10.4	10.6	10.9	56.0
Mali	16.5	7.0	11.4	9.9	9.5	54.3
Mauritania	12.6	6.5	10.7	9.0	7.4	46.2
Mozambique	12.5	5.6	9.6	9.8	8.4	45.9
Namibia	11.9	9.7	13.1	11.0	12.5	58.1
Niger	15.7	6.5	10.0	9.8	9.7	51.6
Nigeria	15.8	9.1	9.8	9.0	10.2	54.0
Ruanda	18.8	10.9	11.7	12.3	10.9	64.5
Senegal	17.0	6.5	11.5	11.0	8.2	54.2
Sierra Leone	15.6	4.4	11.7	9.7	8.6	50.1
Sudáfrica	9.6	11.9	14.5	11.8	12.8	60.5
Suazilandia	11.0	4.8	10.0	6.9	6.6	39.3
Tanzania	14.8	8.3	10.8	10.7	10.8	55.3
Togo	15.2	7.4	10.3	11.6	8.2	52.7
Uganda	14.8	13.2	9.9	10.4	7.8	56.2
Zambia	14.2	6.7	11.0	9.7	11.6	53.3
Zimbabue	15.8	4.8	9.1	10.9	11.7	52.2
Promedio Regional	14.1	7.3	11.0	10.0	9.4	51.8
Promedio General	13.4	8.8	12.8	10.6	11.1	56.6

Figura I. Puntajes Ponderados Totales: 77 Países

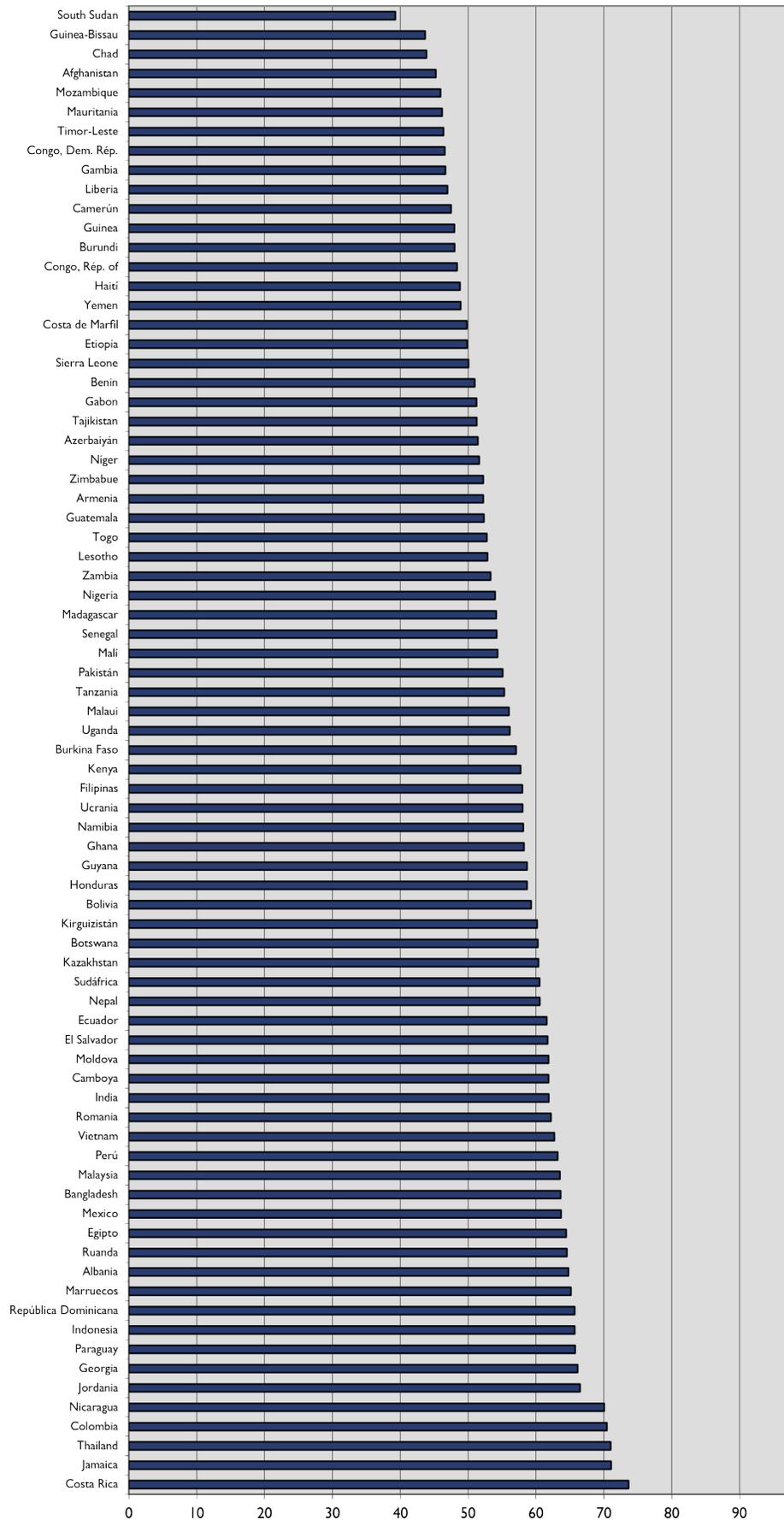


Figura 2. Puntajes Más Altos y Más Bajos Por Año

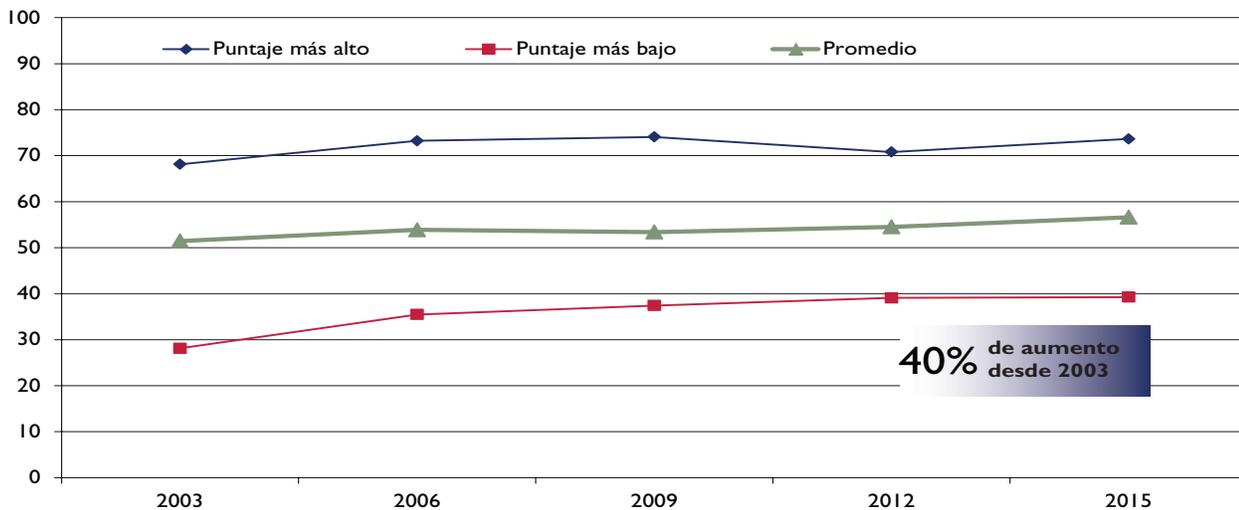


Figura 3. Puntajes Totales Promediados Por Región*

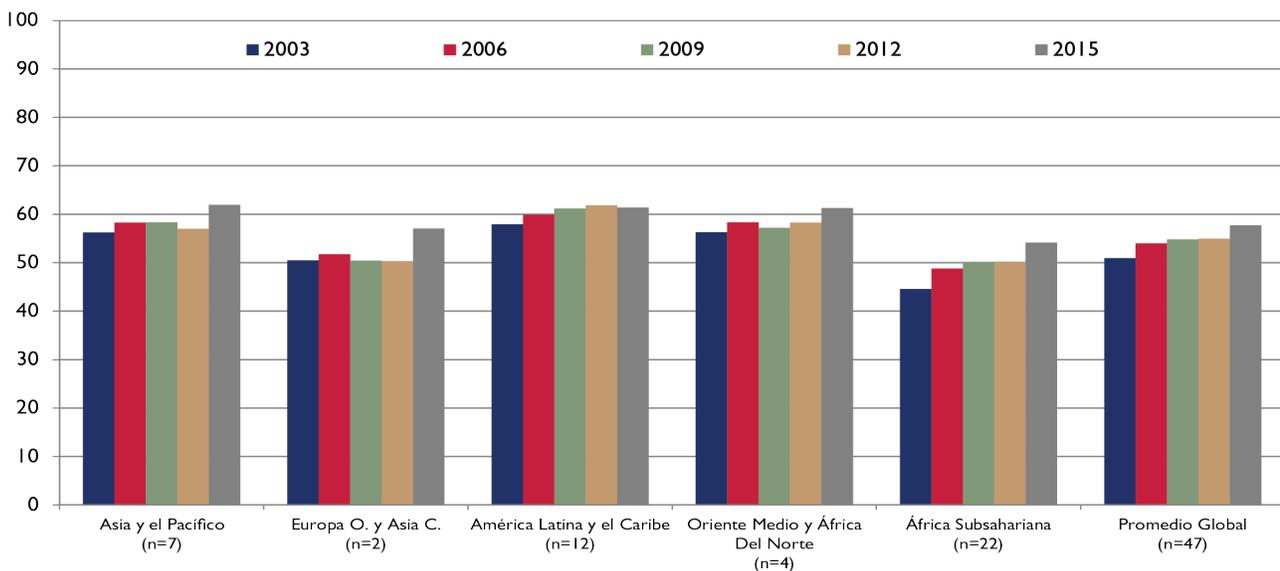
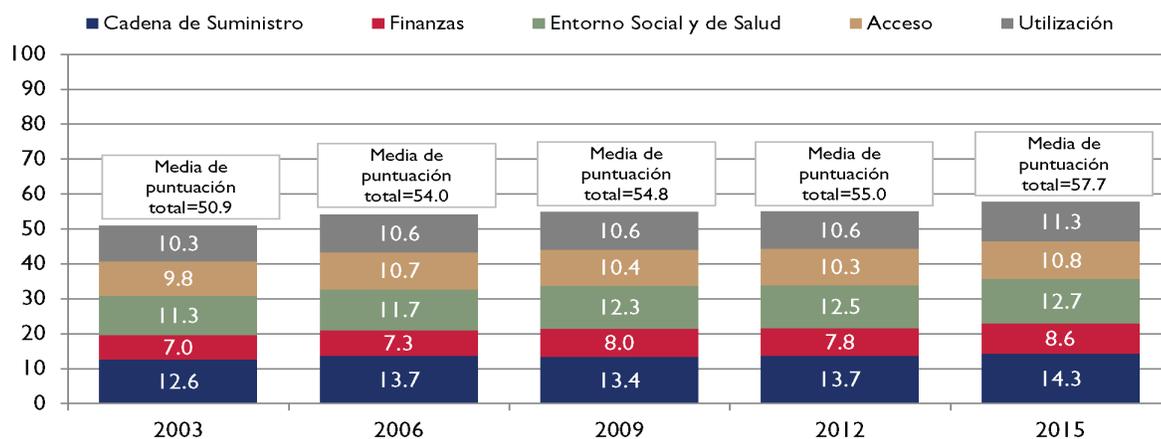


Figura 4. Puntajes Globales Promediados Por Componente*



*N.B. Las figuras 3 y 4 presentan los resultados para los 47 países obtuvieron en sólo los 5 índices

ANTECEDENTES

El *Índice de DAIA 2015* presenta una actualización de las conclusiones del *Índice de DAIA 2003, 2006, 2009 y 2012*. En la elaboración del Índice se utilizó, como guía conceptual, el marco de trabajo que forma el núcleo de la *Vía Estratégica hacia la Disponibilidad Asegurada de Insumos de Salud Reproductiva (SPAR-HCS)*. Ésta define al programa y a los componentes del entorno del programa que se requieren para lograr la disponibilidad asegurada de insumos de SR, sean anticonceptivos u otros productos de SR (ver figura 5).

El *Índice de DAIA* y otros esfuerzos que promueven y avanzan la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos han atraído toda la atención necesaria sobre estos temas y han suscitado un movimiento mundial sobre la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos.

USOS

El *Índice de DAIA* es una herramienta poderosa para aumentar la concientización sobre la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos y las interrelaciones entre los componentes del programa, sectores diferentes y resultados del programa. A nivel nacional e internacional, el índice puede ser utilizado para establecer prioridades, y para planificar y promover políticas de apoyo y otras intervenciones que promuevan el progreso hacia la DAIA. A nivel de país, puede ayudar a identificar las áreas de fortalezas y debilidades relativas, lo cual ayudará a los participantes a dirigir sus recursos de forma más efectiva y adecuada. Sin embargo, debido a que el *Índice de DAIA* presenta un panorama amplio de DAIA en un país, se requiere una evaluación en profundidad de los componentes específicos para identificar los temas que necesitan ser tratados en los planes estratégicos de DAIA nacional.

El *Índice de DAIA* es también una guía práctica para ayudar a los donantes y entidades crediticias mundiales a determinar los países que más necesitan asistencia y para establecer qué clase de asistencia necesitan. El índice puede ayudar a los gobiernos de los países, donantes y entidades crediticias, a mejorar la asignación de recursos, dándoles una herramienta para

ubicar dónde se encuentran los países en la continuación de la DAIA.

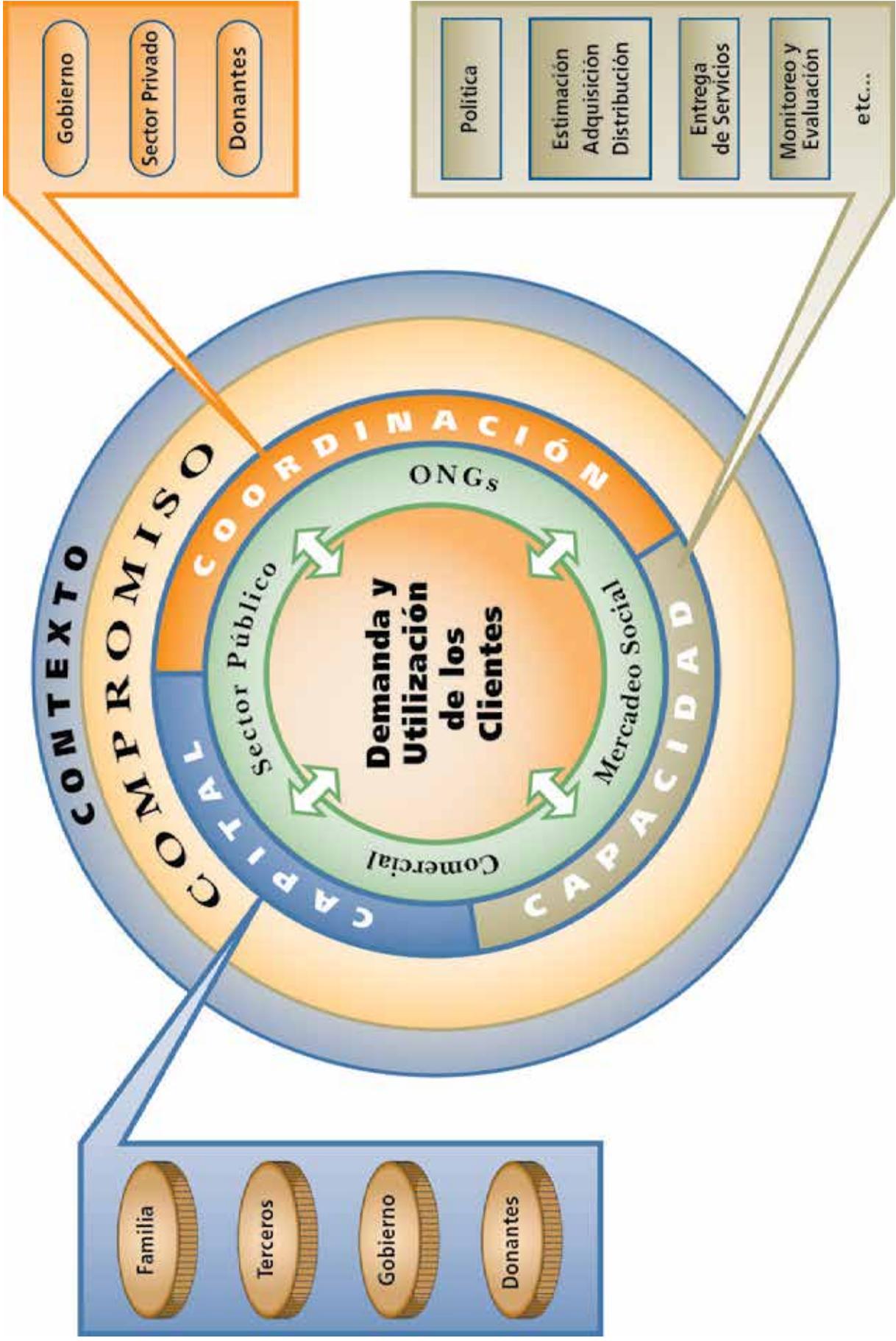
Con medidas repetidas tomadas en el transcurso del tiempo, el índice puede proporcionar una medida del progreso hacia el objetivo de la DAIA. Al llamar la atención sobre la importancia de la DAIA, esta herramienta puede ayudar a que los donantes y los gobiernos se concentren en satisfacer las crecientes necesidades anticonceptivas en el futuro.

METODOLOGÍA

El *Índice de DAIA* original fue elaborado en 2003 por un equipo de expertos en DAIA de USAID, el proyecto DELIVER de John Snow, Inc. (JSI), el POLICY Project of Futures Group y Commercial Market Strategies (CMS). Utilizando la misma metodología del índice 2003, el *Índice de DAIA* fue actualizado en 2006, en 2009, en 2012 y una vez más con esta versión, en 2015. Utilizando la última versión de todos los documentos de referencia, los mismos indicadores fueron mantenidos para el índice de 2015. Sin embargo, algunos fuentes de data cambiaron en el índice de 2015 si el documento original de referencia no era disponible o si una versión con data más comprensible exista. Si los valores de un nuevo indicador no se encontraban disponibles desde la publicación del índice 2012, los datos de ese año fueron preservados como la información más actual disponible. Los datos de 2003, 2006 y de 2009 no fueron incluidos en esta versión.

El proceso de elaboración del *Índice de DAIA* fue planificado para minimizar los costos de recolección de datos (utilizando sólo datos secundarios), y para maximizar la fiabilidad, validez y replicabilidad de los datos. Los indicadores seleccionados son una mezcla de entradas y salidas, y temas programáticos y de nivel macro. Juntos, ellos dan una visión panorámica de la DAIA y promueven un enfoque intersectorial para tratarla. Aunque algunos indicadores están altamente correlacionados, cada uno representa un aspecto importante de la DAIA. Los 17 indicadores están expuestos en los cinco componentes de DAIA descritos abajo; los componentes están agregados para crear el índice. Para obtener información detallada sobre la forma en que los datos faltantes fueron introducidos

∞ Figura 5. Marco de Trabajo de SPARHCS



para calcular el índice, cómo fueron ponderados los indicadores y otros temas técnicos, por favor consulte el *Contraceptive Security Index Technical Manual* (USAID | PROYECTO DELIVER 2009).

Consideraciones metodológicas

Este índice representa la situación de DAIA de un país en este momento, aunque los datos reales fueron recopilados durante un período de años. Es inevitable que los indicadores sean actualizados para diferentes países en diferentes intervalos. Idealmente, el índice debería actualizarse periódicamente (p. ej., cada tres años) para poder utilizar los resultados en el monitoreo del progreso hacia la DAIA en el transcurso del tiempo.

Se pueden establecer comparaciones en el tiempo entre las conclusiones de 2003 y 2006 a nivel agregado (por ejemplo, por región, componente y puntaje total), tal como se presenta en la sección *Resultados*. Sin embargo, debido a un cambio en la metodología de recopilación de datos para algunos de los indicadores de la cadena de suministro (ver la sección *Metodología, Definiciones, Componente I: Cadena de suministro*), no son aconsejables las comparaciones en el tiempo de 2003 a 2006 a nivel de país y a nivel del indicador de la cadena de suministro individual en este momento. No obstante, aunque las tendencias en el tiempo deben ser consideradas con precaución en esta actualización, sigue siendo válida l'aplicabilidad del índice para los otros propósitos mencionados arriba. Luego de 2006 no se realizaron cambios a la metodología de recopilación de datos; por lo tanto, pueden considerarse las comparaciones de datos del 2009 en adelante a nivel país.

Definiciones

Componente I: Cadena de suministro—Cada uno de los cinco indicadores de gestión logística representa una función esencial en la cadena de suministro de productos anticonceptivos. Una cadena de suministro eficiente garantiza el abastecimiento continuo de cantidades suficientes de anticonceptivos de alta calidad que se necesitan para alcanzar la disponibilidad asegurada. Una gestión más eficaz de los suministros está asociada con mejores posibilidades para lograr la DAIA.

Cuando se calculó el *Índice de DAIA 2003*, la base de datos más grande que estaba disponible, con los cuatro indicadores enumerados abajo, era la de *Indicadores Combinados para la Gestión Logística de Anticonceptivos* (JSI/FPLM y EVALUATION Project 1999)¹ del proyecto de *Administración Logística de Planificación Familiar* (FPLM). Esta herramienta fue actualizada y mejorada bajo el proyecto John Snow Inc./DELIVER y se transformó en el *Instrumento de Evaluación del Sistema Logístico* (IESL) (USAID | PROYECTO DELIVER 2009),² que es la fuente de la información actualizada para los cuatro primeros indicadores del *Índice de DAIA 2006, 2009, 2012 y 2015*. Las dos herramientas son comparables porque el IESL fue originado directamente de los Indicadores Combinados; sin embargo, en el nuevo instrumento cambió el puntaje máximo posible para cada indicador. Debido al cambio en la herramienta de recolección de datos y en la metodología, no se recomiendan las comparaciones a lo largo del tiempo a nivel de país entre 2003 y 2006. Del 2006 en adelante, sí son posibles las comparaciones a nivel país.

- **Almacenamiento y distribución**—Este indicador evalúa la capacidad y condiciones de almacenamiento, normas para mantener la calidad del producto, control de inventario, terminación de las existencias, cómo se hace el seguimiento de las pérdidas del sistema, y sistemas de distribución y transporte.
- **SIAL (Sistema de Información de la Administración Logística)**—Este indicador evalúa los sistemas de reportes, validación de datos, administración de la información y su uso en la toma de decisiones.
- **Estimación**—Este indicador evalúa la forma en que se prepara, actualiza y valida la estimación del consumo, y cómo se incorpora en el análisis de costos y en la planificación presupuestaria.
- **Adquisiciones**—Este indicador evalúa cómo se utiliza la estimación para determinar los planes de adquisiciones a corto plazo y el grado en el cual se obtienen las cantidades correctas de anticonceptivos en un período de tiempo apropiado.

El quinto indicador relacionado con el suministro se obtuvo de los resultados de la encuesta *Esfuerzo de Planificación Familiar* (FPE) (Kuang y Brodsky 2015).

- **Política anticonceptiva**—En determinadas circunstancias, los anticonceptivos fabricados localmente pueden ser una opción asequible y sostenible para los clientes. En muchos países, sería más efectivo tener unas políticas y regulaciones que faciliten la apertura de los mercados y la importación de productos a precios competitivos y de alta calidad. Este indicador mide hasta qué punto las leyes de importación y las regulaciones legales facilitan la importación de artículos anticonceptivos que no se fabrican localmente, o qué proporción de anticonceptivos se fabrican en el país.

Componente II: Finanzas—Para garantizar la DAIA, es fundamental el financiamiento sostenible y adecuado para la adquisición de anticonceptivos, entrega de servicios y otros componentes del programa, por parte de donantes y entidades crediticias internacionales, gobiernos nacionales o locales, familias y terceros. Sin un compromiso de financiamiento, se verán afectados la calidad del programa y el acceso, y la DAIA no será sostenible. No se dispone de información amplia o completa que pueda dar una visión adecuada, a nivel de país, del financiamiento anticonceptivo por donante/entidad crediticia, terceros (p. ej., aseguradoras, empleadores) o el sector privado. Se utilizan tres indicadores para obtener las posibilidades de financiamiento del gobierno y doméstico de servicios de planificación familiar y anticonceptivos en un país. Los *Indicadores de Desarrollo Mundial* (IDM) 2015 del Banco Mundial fueron la fuente de estos indicadores.

- **Gastos en salud del gobierno como porcentaje del total de gastos gubernamentales**—El compromiso de un gobierno nacional con la salud pública, específicamente con la salud reproductiva y la planificación familiar, es fundamental para la DAIA. Los segmentos más pobres de una población dependen de servicios de salud gratuitos o subsidiados, ofrecidos a menudo por el gobierno como servicios de salud esenciales para la prevención y la curación. Este indicador es una medida del compromiso político para los gastos en salud

pública y representa el compromiso gubernamental con los programas de planificación familiar. Un mayor compromiso con los gastos en salud significa más fuentes potenciales para los programas de planificación familiar, que forman parte de los programas globales de salud del gobierno. Este indicador se obtiene de dos indicadores del IDM: gastos públicos en salud como *porcentaje del producto interno bruto* (PIB), dividido por los gastos totales del gobierno como porcentaje del PIB:

$$\frac{(\text{Gasto Gbno. en Salud/PIB}) \div (\text{Gast. Total. Gbno./PIB})}{(\text{Gasto Gbno. en Salud/Gasto Total. Gbno.})}$$

Para países donde no hay valores disponibles de IDM para estos dos indicadores, se suplementaron los valores para el gasto en salud del gobierno como porcentaje de gasto total del gobierno de la Base de Datos de Gastos en Salud Global de la Organización Mundial de la Salud.

- **INB per cápita**—Una mayor capacidad de pago de anticonceptivos a nivel familiar está asociada con mejores posibilidades para la DAIA. Para permitir una mejor comparación entre países, este indicador representa la capacidad potencial del consumidor medio para pagar por servicios de planificación familiar y anticonceptivos, y se expresa en la paridad del poder adquisitivo (PPA), el cual corrige las diferencias del precio en el mercado de los bienes en cada país.
- **Nivel de pobreza**—Mientras el ingreso per cápita mide la capacidad de pago del consumidor medio, siempre hay desigualdades en la distribución del ingreso. Los altos índices de pobreza pueden amenazar la DAIA si no se toman medidas para garantizar que la población de escasos recursos tenga acceso a servicios e insumos. Los índices más altos de pobreza pueden indicar una mayor dependencia de la población sobre el sector público, añadiendo presión a sistemas ya sobrecargados. Debido a que los índices más altos de pobreza están asociados con ingresos familiares más bajos y menor acceso a la atención de la salud, estos índices también están asociados con una menor posibilidad de disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. Este indicador se

expresa como el porcentaje de la población nacional que vive bajo la línea de pobreza establecida a nivel nacional.

Componente III: Entorno social y de salud—El componente del entorno social y de salud abarca tres indicadores; se incluye este componente porque es ampliamente reconocido que otros factores en el entorno social y de salud más extenso, pueden afectar las perspectivas de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos tanto a nivel de país como a nivel individual, como se describe abajo.

- **Gobernanza**—Un ambiente político más sano puede mejorar las posibilidades de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. Un gobierno responsable, estable, eficaz y transparente, tiene más probabilidades de comprometerse con la salud y el bienestar de su población y utilizar sus recursos de forma adecuada para el bien público. También es más probable que los donantes internacionales proporcionen apoyo financiero y material a dicho gobierno. Es más probable que el sector privado invierta para crear nuevos mercados para anticonceptivos o expandir los ya existentes. Este indicador es una medida compuesta de gobernabilidad que incluye seis dimensiones gubernamentales: voz y rendición de cuentas, estabilidad política, efectividad gubernamental, calidad regulatoria, estado de derecho, y control de la corrupción. Se origina del documento *The Worldwide Governance Indicators, 2014 Update* del Banco Mundial (Kaufmann, Kraay y Mástruzzi 2014).
- **Educación de las mujeres**—El logro de l'educación de las mujeres es uno de los mejores pronósticos del uso de anticonceptivos. Es más probable que las mujeres que se han educado más allá de la escuela primaria utilicen un método contraceptivo. Además, en países donde la situación de la mujer es buena, las mujeres que han recibido una educación son más propensas a promover la protección de los programas de planificación familiar. Este indicador se expresa como el porcentaje de las mujeres matriculadas en la escuela de enseñanza secundaria, y se define como la relación entre el número de estudiantes matriculados en la escuela secundaria y la población en el grupo

de edad aplicable (porcentaje de matriculación bruta). Los porcentajes de matriculación en la escuela secundaria (para 2013) se obtuvieron de la base de datos de *UNESCO's Institute for Statistics UIS.STAT*.

- **Prevalencia del VIH en adultos**—Cada vez más se reconoce que una mayor incidencia de VIH en la población puede socavar las posibilidades de disponibilidad asegurada de anticonceptivos. El VIH/SIDA contribuye a que los niveles de pobreza sean más altos, y la pandemia ha colocado nuevas demandas que compiten por el financiamiento de la salud. Este indicador se expresa como el porcentaje de adultos de 15–49³ años de edad que se encontraban infectados con el VIH a fines de 2014. Los porcentajes de prevalencia del VIH en adultos fueron obtenidos del *“Informe: Como la SIDA Cambio Todo 2015”* de ONUSIDA.

Componente IV: Acceso—Los tres indicadores de acceso miden los aspectos de disponibilidad y acceso a los métodos anticonceptivos modernos—es decir, el grado en que los usuarios pueden *elegir y obtener* el método escogido. Los programas de planificación familiar y de salud reproductiva deben esforzarse por ofrecer una variedad de métodos que satisfagan las necesidades de todos los usuarios.

- **Acceso a métodos modernos de planificación familiar**—El acceso inmediato y fácil a una amplia variedad de métodos anticonceptivos para los usuarios está asociado con mejores posibilidades de DAIA. Cuando los servicios de planificación familiar se encuentran ampliamente disponibles, es muy difícil revertir el progreso en el acceso y disponibilidad de estos servicios e insumos. Este indicador del estudio de FPE mide el porcentaje de la población de un país que tiene un acceso inmediato y fácil a la esterilización masculina y femenina, píldoras, inyecciones, condones, espermicidas y DIUs (Kuang y Brodsky 2015).⁴
- **Alcance del sector público**—Los programas de planificación familiar del sector público que ofrecen servicios y productos fuertemente subsidiados (y a veces gratuitos), están diseñados para satisfacer las necesidades de los

segmentos pobres y casi pobres de la población. Este financiamiento del sector público se encuentra limitado en virtualmente todos los países. El grado en que la gente más pobre se beneficia de estos servicios subsidiados—mientras los usuarios más adinerados, que pueden permitirse pagar por servicios e insumos, tienen y usan otras opciones—se refleja sobre la DAIA a largo plazo en un país. Este indicador mide la proporción de anticonceptivos distribuidos a través de los canales del sector público que van a usuarios de planificación familiar de un país de escasos o sin recursos. Los usuarios de escasos o sin recursos son aquellos que están en el 40 por ciento más bajo de la población, como lo define el índice de estándar de vida (IEV). Los datos de las encuestas demográficas y de salud (ENDESAs) y los estudios de salud reproductiva (ESR) se utilizan para computar el IEV y la distribución de los usuarios de PF del sector público entre las categorías del IEV.⁵

- **Extensión del acceso a métodos modernos de planificación familiar**—El acceso a una amplia variedad de métodos de planificación familiar representa una elección para los usuarios. El acceso a una gama de métodos también puede significar que si un método no está disponible, los usuarios podrán disponer de otros métodos mientras tanto. Este concepto de elección es primordial para la DAIA, más allá del método que elija el usuario (se refleja en el *Componente V: Utilización*). Este indicador está relacionado con el indicador de acceso (arriba) y utiliza los mismos datos del estudio de FPE. Mide si los usuarios tienen un acceso inmediato y fácil a una amplia variedad de al menos tres métodos anticonceptivos, seleccionando el método con el puntaje más alto, menos el método con el tercer puntaje más alto, dividido por la suma de los puntajes de acceso para todos los métodos (Kuang y Brodsky 2015).

Componente V: Utilización—Este componente consta de tres indicadores que miden el comportamiento de los clientes en términos del uso de anticonceptivos dentro del contexto del programa de un país.

- **Mezcla de métodos**—Mientras los indicadores de acceso (*ver Componente IV: Acceso*) miden el grado al cual los consumidores tienen acceso inmediato y fácil a los métodos, este indicador mide el grado en el cual los consumidores utilizan una variedad de métodos. Mientras más amplia es la gama de los métodos utilizados, mejores son las posibilidades de la DAIA, pues esto demuestra que las mujeres tienen opciones y y eligen de una variedad de métodos. Este indicador se midió como la diferencia en los porcentajes de prevalencia entre el método moderno más frecuente en un país y el tercer método moderno más frecuente, dividido para la prevalencia total del método moderno. Un valor más alto indica una concentración más alta del uso en un número limitado de métodos, lo cual se interpreta como que no conduce a la DAIA. Este indicador se obtuvo de los datos más recientes de las ENDESAs o ESR para cada país.
- **Necesidad insatisfecha de planificación familiar**—La necesidad insatisfecha es un indicativo de barreras para el acceso y uso de la planificación familiar. Mientras más alto es el porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas en anticoncepción, más escasas son las posibilidades de DAIA, pues la necesidad insatisfecha representa a usuarios que expresan la necesidad de utilizar planificación familiar pero no pueden hacerlo o no lo hacen. Este indicador mide el porcentaje de mujeres que expresan el deseo de espaciar o limitar su próximo embarazo pero no están usando un método anticonceptivo. Los datos del 2015 provienen de las Naciones Unidas Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División del Población 2015 “*Estimates and Projections of Family Planning Indicators*.”
- **Tasa de prevalencia anticonceptiva (TPA)**—Este indicador es el resultado más obvio de la DAIA—es decir, las mujeres que realmente utilizan la anticoncepción. Un uso más alto de anticonceptivos es indicativo de un mejor acceso y disponibilidad para la población. El aumento del uso de anticonceptivos también alentará una mejor disponibilidad en los sectores público y privado por medio de las presiones políticas y las fuerzas del mercado. Este indicador mide

el porcentaje de mujeres casadas, en edad reproductiva, que utilizan actualmente un método moderno de planificación familiar. Los datos del 2015 provienen de las Naciones Unidas Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División del Población, 2015 “*Estimates and Projections of Family Planning Indicators.*”

¹ Personal del Proyecto de Administración Logística de Planificación Familiar (el proyecto anterior a DELIVER) y contrapartes del Ministerio de Salud asignaron puntajes a los Indicadores Compuestos de Administración Logística de Anticonceptivos a través de charlas en grupos focales realizadas en cada país en 1999-2000.

² Personal de John Snow Inc/DELIVER (2006) o el USAID | PROYECTO DELIVER (2009 y 2012) y contrapartes del Ministerio de Salud asignaron puntajes a estos indicadores en 2006, 2009 y 2012 para los

sistemas logísticos de anticonceptivos del sector público, en base a la opinión de expertos en cada país.

³ La prevalencia de VIH entre adultos en edad fértil (15-49) se utiliza como indicador para el Índice de DAIA, porque esta población tiene mayor probabilidad de utilizar anticonceptivos y aprovechar los servicios brindados por los programas de planificación familiar; lo que la convierte en la población más relevante para la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. También son los datos más disponibles.

⁴ Este indicador utiliza el puntaje del acceso medio para estos métodos anticonceptivos.

⁵ Generalmente las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESAs) se realizan con la supervisión de un proyecto subsidiado por USAID a nivel central. En algunos países, se ha utilizado las Encuestas de Salud Reproductiva, similares a las ENDESAs pero supervisadas por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) cuando no se disponía de datos de la ENDESA.

REFERENCIAS

- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF)/Banco Mundial. 2015. *Indicadores del Desarrollo Mundial 2015*. <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>. Descargado en septiembre de 2015.
- Encuestas de Demografía y de Salud (ENDESA), varios países y varios años. Calverton, Md.: MEASURE DHS, ICF International. www.measuredhs.com
- Encuestas de salud reproductiva, varios países y varios años. Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov/reproductivehealth/Surveys/SurveyList.htm.
- Hare, L., Hart, C. Scribner, S., Sheperd, C., Pandit T. (ed.), y Bornbusch, A. (ed.). 2004. *Guía del Proceso SPARHCS: Recurso de planeación para mejorar la disponibilidad asegurada de los insumos de salud reproductiva*. Baltimore, Md.: Information and Knowledge for Optimal Health (INFO) Project/Center for Communications Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- John Snow Inc./Family Planning Logistics Management (JSI/FPLM) y el Proyecto EVALUATION. Abril 1999. *Indicadores Combinados para la Gestión Logística de Anticonceptivos*. Arlington, Va.: JSI/FPLM, para la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
- Kaufman, Daniel, Aart Kraay y Máximo Mástruzzi. *Worldwide Governance Indicators, 2014 Update, Aggregate Indicators of Governance 1996-2013*. Descargada en julio de 2015 <http://info.worldbank.org/governance/wgi/>
- Kuang, B., Brodsky, I. 2015. *Family Planning Program Effort Index: A Global Perspective on Family Planning Program Effort*. Washington, DC: Health Policy Project, FuturesGroup.
- Naciones Unidas Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División del Población, 2015. *Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2015*. New York: United Nations, Descargado el 15 de julio de 2015 http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml.
- ONUSIDA. 2015. *Informe: Como la SIDA Cambio Todo 2015*. Geneva: ONUSIDA.
- Organización Mundial de la Salud Base de Datos Gastos Mundial de la Salud, descargado el julio de 2015 de <http://apps.who.int/nha/database/StandardReportList.aspx>
- USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 4, 2009. *Contraceptive Security Index Technical Manual*. Arlington, Va.: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1. http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/CSIndex_TechManu.pdf
- USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 2012. *Índice De Disponibilidad Asegurada De Insumos Anticonceptivos 2012: Una Decada de Monitorear el Progreso y Medir el Exito*. Arlington, Va.: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 4. http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/factsheets/CSIndex_WallChart_WebBklet_ES.pdf
- USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1, 2009. *Instrumento de Evaluación de Sistemas Logísticos (IESL)*. Arlington, Va.: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1. deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/LSAT_ES.doc

El Equipo de DAIA de USAID trabaja para avanzar y apoyar la planificación e implementación de la DAIA en los países. El equipo proporciona asistencia técnica a las misiones de USAID, países asociados, donantes y socios internacionales. El equipo puede ser contactado a través de Mark Rilling o Alan Bornbusch, Commodities Security and Logistics Division, Office of Population and Reproductive Health, Bureau for Global Health, mrilling@usaid.gov o abornbusch@usaid.gov.

La Coalición para Suministros de Salud Reproductiva es una alianza integrada por donantes, organizaciones multilaterales, fundaciones privadas, organizaciones no gubernamentales, gobiernos de países con ingresos bajos y medios, y otras entidades dedicadas a mejorar la salud mundial y la calidad de vida mediante el aseguramiento del acceso a insumos de salud reproductiva (SR) de alta calidad. La coalición trabaja para sintetizar y compartir la información, el conocimiento y la experiencia; mejorar la coordinación y armonización de los programas, y desarrollar nuevas herramientas y enfoques para resolver los desafíos del financiamiento inadecuado y no confiable para los suministros de SR, ineficiencias en los sistemas de suministros e injusticias en el acceso a los productos de SR. Se puede encontrar más información en www.rhsupplies.org.

La Orden de Trabajo 4 de USAID | PROYECTO DELIVER es financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Oficina de Salud Poblacional y Reproductiva, División de Salud Global. El proyecto mejora las cadenas de suministro de los productos e insumos esenciales de salud a través del fortalecimiento de los sistemas de información para la administración logística; el alineamiento de los sistemas de distribución; la identificación de recursos financieros para adquisiciones y para el funcionamiento de la cadena de abastecimiento; y el mejoramiento de las estimaciones y la planificación de adquisiciones. El proyecto también alienta a legisladores y donantes a apoyar la logística como factor crítico del éxito general de sus mandatos en el área de salud. Para más información sobre disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos y otras actividades del proyecto, por favor visite deliver.jsi.com.

RECONOCIMIENTOS

La elaboración del *Índice de DAIA 2015* fue liderada por Dana Aronovich y Ariella Bock de USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 4 de John Snow, Inc. (JSI), con la asistencia de Marie Tien and Benjamin Hatch.

Por sus contribuciones durante la elaboración de este índice y gráfico de pared, agradecemos a Alan Bornbusch (USAID), John Ross (Futures Group), Bill Winfrey (Futures Institute/Avenir Health), and Leslie Patykewich.

El financiamiento para la elaboración y publicación del *Índice de DAIA 2015* fue proporcionado por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 4 (GPO-I-01-06-00007-00, número de orden AID-OAA-TO-10-00064) implementado por John Snow, Inc.

Las opiniones de los autores expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente la opinión de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o del Gobierno de Estados Unidos.

Fotografías de portada cortesía de USAID | PROYECTO DELIVER.

CITA RECOMENDADA

USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 4. 2015. *Índice de Disponibilidad Asegurada de Anticonceptivos 2015: Los Esfuerzos Globales Rinden Dividendos Signativos en Los Insumos Anticonceptivos*. Arlington, Va.: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 4.

Para más información, visite deliver.jsi.com.

USAID | PROYECTO DELIVER

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Télefono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: askdeliver@jsi.com

Internet: deliver.jsi.com