



ÍNDICE DE DISPONIBILIDAD ASEGURADA DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS 2012

Una Década de Monitorear el Progreso y Medir Logros



OCTUBRE DE 2012

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

ÍNDICE DE DISPONIBILIDAD ASEGURADA DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS 2012

Una Década de Monitorear el Progreso y Medir Logros

Los puntos de vista de los autores en este documento no representan necesariamente los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni el gobierno de los Estados Unidos.

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. 2012. *Índice de disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos 2012: Una Década de Monitorear el Progreso y Medir Logros*. 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 más de 60 países. Con nuevos datos recolectados en 2012, esto representa una década de puntajes desde 2003. Esta década corresponde 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, 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.

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, requiere de estrategias sostenibles que aseguren y mantengan el acceso a los suministros y la disponibilidad de éstos.

Mientras continúa aumentando la demanda mundial de planificación familiar, la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) se ha vuelto cada vez más difícil de lograr. El financiamiento para los programas de salud reproductiva (SR) y planificación familiar no ha aumentado en la misma proporción que la demanda, y los recursos de los donantes son más limitados que nunca. A pesar de las inversiones en sistemas de entrega de servicios y logística, estos sistemas siguen siendo inadecuados en muchos países. Al mismo tiempo, el incremento de la demanda—unido al impacto de la pandemia de VIH/SIDA, reformas en el sector de la salud, limitado financiamiento nacional e internacional, y la fuga de cerebros—imposibilita que los países satisfagan todas las necesidades de SR de su población.

Sigue siendo fundamental que los participantes y los directores de programa centren su atención en 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 reducción de la pobreza adoptadas por muchos países, tomará más tiempo, a menos que se hagan mejoras en la DAIA. 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. El *Índice de DAIA* fue calculado por primera vez y presentado en 2003 y luego en 2006 y 2009; el *Índice de DAIA 2012* presenta los datos más actualizados, representando una década completa de monitorear el progreso y medir los logros.

RESULTADOS

Un total de 67 países están representados en el índice 2012, incluyendo los 48 países que tienen puntajes hasta la fecha para los cuatro indicadores.

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 2012, los puntajes en bruto del índice 2009 fueron incluidos en el nuevo índice como los datos más actuales disponibles. Los datos del 2003 y 2006 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 67 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 2012 van de 39.9 a 71. 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; y en 2009, la escala fue de 37.4 a 74.1. El puntaje más bajo en 2012 representa un aumento del 39 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 la última década; los puntajes promedio a lo largo de los países de

África Subsahariana aumentaron un 13 por ciento del 2003 al 2012.

Utilizando un test emparejado, los puntajes totales del 2012 representan un incremento estadístico significativo desde los puntajes de 2003 para los 48 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 2006 son significativos solamente en África Subsahariana. Los promedios mundiales de los componentes muestran una mejora significativa en la cadena de suministro, finanzas, entorno social y de salud y acceso de 2003 a 2012 para los mismos países (ver figura 4). En la mayoría de los casos, los promedios de los puntajes del componente por región también mostraron mejoras (excluyendo a Europa Oriental y a Asia Central, ya que muy pocos de los mismos países pudieron compararse entre 2003 y 2012), aunque estas mejoras sólo fueron significativas en los siguientes casos:

Cadena de suministro: América Latina y el Caribe y África Subsahariana

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

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

Acceso: Medio Oriente y África del Norte, y África Subsahariana

Utilización: Ninguno

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 la última

década tuvo lugar en el componente finanzas (por ejemplo, los puntajes promedio de finanzas a lo largo de los 48 países aumentaron en un 11 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.

Los 48 países que conciden en el *Índice de DAIA* para 2003 y 2012 fueron divididos en tres grupos de países: de puntaje alto, medio y bajo. Cada grupo contiene el mismo número de países en base a la clasificación de países en cada año según puntaje total en el índice (por ej., el grupo mas alto incluye a los 16 países que se han desempeñado mejor cada año). Tal como se muestra en la figura 5, la mayoría de los países de Asia y el Pacífico y América Latina y el Caribe incluidos en este análisis fueron clasificados en el grupo mas alto de 2003, mientras que los países de África Subsahariana integraron por completo el grupo mas bajo. Para 2012, los países de África Subsahariana mostraron el mayor progreso en puntajes totales, ya que muchos países dejaron el grupo mas bajo para pasar al grupo medio. Por último, los resultados muestran que los países con puntajes mas bajos tenían el mayor potencial y en realidad, fueron los mas exitosos en mejorar sus puntajes.

Tabla I. Indicadores del Índice DAIA, Datos en Bruto

| | CADENA DE SUMINISTRO | | | FINANZAS | | | ENTORNO SOCIAL Y DE SALUD | | | ACCESO | | | UTILIZACIÓN | | | | |
|---|-------------------------------|--------|-------------|---------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------|----------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------|--------------------|-------------------------------|-----|
| | Alimentamiento y distribución | SIAL | Previsiones | Adquisiciones | Política anticonceptiva | Gastos del Gmo. en salud | INB, PPA per cápita | Nivel de pobreza | Gobierno | Educación de las mujeres | Prevalencia del VIH en mujeres | Acceso a medicamentos | Alcance del sector público | Extensión del acceso | Mixtura de métodos | Necesidad no satisfecha de PF | TPA |
| | 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=10 | max=1 | max=50 | max=100 | |
| ASIA Y EL PACÍFICO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bangladés | 25.7 | 12.0 | 8.0 | 8.0 | 2.0 | 9.4 | 1,810 | 32 | 9.8 | 45 | <0.1 | 2.5 | 1.5 | 0.06 | 0.48 | 16.8 | 52 |
| Cambodia | 7.1 | 6.9 | 6.9 | 5.0 | 1.4 | 14.7 | 2,080 | 30 | 9.9 | 36 | 0.5 | 2.1 | 1.4 | 0.05 | 0.70 | 16.9 | 35 |
| Filipinas | 23.0 | 12.0 | 4.0 | 8.0 | 2.5 | 7.8 | 3,400 | 30 | 11.6 | 86 | <0.1 | 1.1 | 1.2 | 0.08 | 0.35 | 22.0 | 34 |
| India | 22.5 | 12.0 | 4.0 | 8.0 | 2.5 | 7.8 | 4,200 | 13 | 12.1 | 56 | 0.2 | 2.3 | 3.0 | 0.06 | 0.72 | 20.5 | 47 |
| Indonesia | 23.7 | 12.0 | 8.0 | 8.0 | 2.1 | 7.9 | 1,210 | 25 | 9.6 | 41 | 0.4 | 1.7 | 1.1 | 0.02 | 0.18 | 27.5 | 57 |
| Nepal | 24.2 | 7.7 | 6.8 | 6.9 | 2.7 | 5.1 | 2,790 | 22 | 8.2 | 29 | 0.1 | 1.7 | 0.9 | 0.09 | 0.27 | 25.2 | 19 |
| Pakistán | 24.2 | 7.7 | 6.8 | 6.9 | 2.7 | 5.1 | 2,790 | 22 | 8.2 | 29 | 0.1 | 1.7 | 0.9 | 0.09 | 0.27 | 25.2 | 19 |
| Vietnam | 24.2 | 7.7 | 6.8 | 6.9 | 2.7 | 5.1 | 3,070 | 15 | 11.7 | 64 | 0.4 | 2.9 | 0.02 | 0.02 | 0.43 | 4.3 | 60 |
| EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Albania | 18.1 | 12.0 | 8.0 | 7.5 | 2.2 | 10.0 | 8,520 | 12 | 14.0 | 73 | 0.1 | 1.2 | 1.5 | 0.27 | 0.27 | 12.9 | 10 |
| Armenia | 15.2 | 7.4 | 1.7 | 4.7 | 1.4 | 8.5 | 5,660 | 36 | 13.2 | 94 | 0.1 | 1.2 | 0.8 | 0.29 | 0.49 | 13.5 | 26 |
| Azerbaiján | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1.7 | 4.2 | 9,270 | 16 | 10.1 | 100 | 0.1 | 1.6 | 0.6 | 0.05 | 0.57 | 15.4 | 13 |
| Georgia | 20.0 | 9.3 | 2.2 | 5.0 | 2.4 | 9.4 | 4,990 | 25 | 14.6 | 88 | 0.1 | 1.9 | 1.2 | 0.08 | 0.32 | 21.3 | 33 |
| Kirguistán | | | | | 1.1 | 18.5 | 2,070 | 34 | 9.8 | 85 | 0.3 | 1.9 | 1.0 | 0.08 | 0.19 | 1.0 | 46 |
| Tadjikistán | | | | | 3.2 | 6.2 | 2,140 | 47 | 8.4 | 78 | 0.2 | 2.5 | 0.5 | 0.05 | 0.28 | 23.7 | 32 |
| Turquía | 10.5 | 6.9 | 0.6 | 2.0 | 2.1 | 18.6 | 15,530 | 18 | 14.7 | 77 | <0.1 | 2.3 | 0.6 | 0.02 | 0.19 | 2.3 | 46 |
| Ucrania | | | | | 3.0 | 11.6 | 6,620 | 3 | 11.6 | 94 | 1.1 | 2.1 | 0.6 | 0.06 | 0.46 | 10.1 | 48 |
| Uzbekistán | | | | | 2.2 | 8.5 | 3,110 | 28 | 7.1 | 100 | 0.1 | 2.3 | 0.05 | 0.05 | 0.80 | 8.0 | 59 |
| AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bolivia | 21.8 | 12.0 | 4.6 | 2.0 | 1.7 | 16.7 | 4,640 | 60 | 11.7 | 80 | 0.2 | 2.4 | 1.1 | 0.01 | 0.13 | 20.1 | 34 |
| Brasil | 16.1 | 10.0 | 11.000 | 2.1 | 2.8 | 16.1 | 11,000 | 21 | 15.9 | 100 | 0.6 | 2.0 | 0.5 | 0.05 | 0.20 | 6.0 | 77 |
| Colombia | 30.0 | 10.0 | 4.0 | 7.3 | 3.1 | 27.9 | 9,060 | 37 | 13.0 | 99 | 0.5 | 2.9 | 1.1 | 0.02 | 0.58 | 8.1 | 73 |
| El Salvador | 18.8 | 11.4 | 8.0 | 5.4 | 2.7 | 17.4 | 6,550 | 38 | 14.4 | 65 | 2.3 | 14.4 | 1.7 | 0.01 | 0.45 | 5.4 | 66 |
| Guatemala | 22.7 | 9.0 | 6.3 | 5.9 | 2.4 | 21.1 | 4,650 | 51 | 11.4 | 55 | 0.8 | 2.1 | 1.0 | 0.01 | 0.35 | 20.8 | 44 |
| Guyana | 16.5 | 12.0 | 8.0 | 7.4 | 2.4 | 14.9 | 3,450 | 12 | 12.8 | 100 | 1.2 | 1.2 | 1.2 | 0.30 | 0.30 | 28.5 | 40 |
| Haití | 12.3 | 6.0 | 7.4 | 4.4 | 4.4 | 6.1 | 1,180 | 65 | 8.1 | 45 | 0.9 | 2.4 | 0.7 | 0.28 | 0.28 | 37.3 | 24 |
| Honduras | 14.3 | 5.4 | 6.9 | 3.0 | 2.5 | 14.0 | 3,770 | 50 | 11.4 | 72 | 0.8 | 2.4 | 1.1 | 0.02 | 0.21 | 16.8 | 56 |
| Jamaica | | | | | 3.6 | 7.1 | 7,310 | 10 | 14.6 | 93 | 1.7 | 2.6 | 0.6 | 0.06 | 0.18 | 7.2 | 68 |
| México | 21.3 | 12.0 | 8.0 | 7.0 | 2.8 | 12.1 | 14,400 | 51 | 13.8 | 93 | 0.3 | 2.7 | 1.5 | 0.03 | 0.19 | 12.0 | 66 |
| Nicaragua | 17.0 | 9.4 | 4.0 | 8.0 | 2.1 | 26.1 | 2,790 | 46 | 11.0 | 72 | 0.2 | 2.3 | 1.5 | 0.03 | 0.19 | 10.7 | 69 |
| Paraguay | 17.0 | 9.4 | 4.0 | 8.0 | 2.1 | 17.8 | 5,080 | 35 | 11.0 | 68 | 0.3 | 2.2 | 2.6 | 0.02 | 0.02 | 4.7 | 70 |
| Perú | 17.0 | 7.4 | 6.9 | 7.4 | 2.3 | 15.4 | 8,930 | 31 | 13.6 | 89 | 0.4 | 1.9 | 1.3 | 0.06 | 0.16 | 6.1 | 51 |
| República Dominicana | 23.7 | 5.5 | 7.4 | 4.7 | 5.5 | 9,030 | 34 | 12.6 | 82 | 0.9 | 0.9 | 1.7 | 1.7 | 0.59 | 0.59 | 11.1 | 70 |
| ORIENTE MEDIO Y AFRICA DEL NORTE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Egipto | 28.3 | 10.0 | 5.7 | 5.7 | 2.8 | 7.0 | 6,060 | 17 | 11.6 | 77 | <0.1 | 2.2 | 1.2 | 0.04 | 0.50 | 11.6 | 58 |
| Jordania | | | | | 2.6 | 20.9 | 5,800 | 13 | 14.5 | 90 | 0.2 | 2.3 | 1.5 | 0.04 | 0.39 | 13.4 | 42 |
| Marruecos | | | | | 3.3 | 6.8 | 4,600 | 9 | 13.1 | 51 | 0.1 | 2.5 | 1.1 | 0.05 | 0.25 | 11.0 | 55 |
| Yemen | 12.0 | 4.9 | 6.3 | 5.4 | 1.8 | 4.3 | 2,500 | 35 | 7.7 | 30 | 0.2 | 1.6 | 0.09 | 0.09 | 50.0 | 19 | |
| ÁFRICA SUBSAHARIANA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Benín | 16.8 | 5.0 | 5.0 | 3.0 | 2.5 | 15.5 | 1,590 | 39 | 13.3 | 26 | 1.2 | 1.3 | 0.3 | 0.20 | 0.19 | 27.3 | 6 |
| Botsuana | 16.9 | 6.0 | 6.2 | 4.8 | 2.5 | 30.3 | 13,700 | 15 | 15.0 | 84 | 24.8 | 2.1 | 0.8 | 0.22 | 0.22 | 1.3 | 51 |
| Burkina Faso | 24.8 | 7.4 | 2.9 | 5.4 | 3.5 | 15.0 | 2,570 | 47 | 13.9 | 17 | 5.3 | 2.1 | 0.8 | 0.08 | 0.44 | 14 | 14 |
| Camerún | 14.0 | 6.9 | 6.3 | 7.3 | 3.9 | 3.3 | 1,770 | 55 | 6.7 | 38 | 1.4 | 1.4 | 1.4 | 0.13 | 0.60 | 30.7 | 5 |
| Chad | 11.0 | 6.3 | 1.7 | 4.7 | 1.4 | 25.8 | 320 | 71 | 5.1 | 26 | 1.4 | 1.5 | 0.5 | 0.11 | 0.63 | 36.9 | 5 |
| Congo Dem. Rép. | 12.8 | 6.9 | 6.3 | 5.4 | 3.1 | 5.2 | 3,190 | 50 | 8.9 | 46 | 1.4 | 1.7 | 0.5 | 0.07 | 0.41 | 19.5 | 30 |
| Congo Rep. | 17.8 | 7.0 | 3.1 | 4.7 | 1.4 | 21.9 | 1,870 | 23 | 7.7 | 19 | 3.4 | 2.1 | 0.6 | 0.05 | 0.42 | 29.3 | 8 |
| Costa de Marfil | 17.0 | 7.4 | 6.9 | 5.0 | 3.3 | 5.3 | 1,870 | 39 | 9.3 | 30 | 2.1 | 1.7 | 0.6 | 0.09 | 0.67 | 26.3 | 27 |
| Etiopía | 21.8 | 7.4 | 6.9 | 5.0 | 2.2 | 13.5 | 1,740 | 28 | 11.8 | 49 | 1.8 | 2.0 | 0.9 | 0.04 | 0.04 | 31.9 | 17 |
| Gambia | 17.8 | 12.0 | 7.2 | 5.5 | 2.5 | 17.2 | 1,200 | 38 | 15.6 | 54 | 1.8 | 2.0 | 0.3 | 0.04 | 0.16 | 35.7 | 4 |
| Ghana | 16.5 | 10.0 | 5.0 | 5.0 | 2.5 | 7.6 | 1,240 | 53 | 7.1 | 26 | 1.3 | 1.7 | 0.3 | 0.06 | 0.46 | 25.2 | 39 |
| Guinea | 19.2 | 10.0 | 8.0 | 7.4 | 2.3 | 7.6 | 1,970 | 24 | 11.6 | 56 | 6.3 | 2.3 | 0.3 | 0.04 | 0.16 | 25.3 | 4 |
| Kenia | 17.0 | 9.0 | 8.0 | 7.4 | 1.8 | 8.7 | 1,970 | 57 | 14.3 | 45 | 24.6 | 2.3 | 0.3 | 0.14 | 0.35 | 37 | 16 |
| Lesoto | 17.0 | 7.0 | 6.3 | 7.4 | 2.4 | 14.1 | 860 | 69 | 10.5 | 37 | 0.2 | 2.5 | 0.8 | 0.01 | 0.62 | 18.0 | 28 |
| Liberia | 30.5 | 13.0 | 8.0 | 8.0 | 2.4 | 16.3 | 940 | 52 | 13.2 | 38 | 0.2 | 1.9 | 0.9 | 0.02 | 0.51 | 36.2 | 43 |
| Madagascar | 17.2 | 14.9 | 3.4 | 3.4 | 1.6 | 18.2 | 1,930 | 27 | 13.4 | 30 | 1.1 | 1.9 | 0.4 | 0.04 | 0.34 | 27.6 | 7 |
| Mali | 17.3 | 14.4 | 7.4 | 5.4 | 2.7 | 12.2 | 1,930 | 55 | 13.5 | 21 | 11.5 | 1.9 | 0.5 | 0.06 | 0.34 | 27.6 | 11 |
| Mozambique | 13.7 | 3.4 | 6.9 | 5.4 | 4.0 | 12.2 | 6,420 | 26 | 16.8 | 71 | 13.1 | 0.4 | 0.4 | 0.06 | 0.36 | 20.7 | 54 |
| Namibia | 18.0 | 10.0 | 3.7 | 4.0 | 12.1 | 13.1 | 7,200 | 9 | 16.8 | 9 | 0.8 | 0.5 | 0.3 | 0.56 | 0.56 | 16.1 | 5 |
| Nigeria | 24.8 | 10.0 | 6.9 | 4.7 | 3.3 | 7.0 | 2,760 | 60 | 10.9 | 67 | 0.8 | 1.2 | 0.2 | 0.16 | 0.30 | 20.2 | 9 |
| Nigeria | 24.8 | 10.0 | 6.9 | 4.7 | 3.3 | 7.0 | 2,760 | 60 | 10.9 | 67 | 0.8 | 1.2 | 0.2 | 0.16 | 0.30 | 20.2 | 9 |
| Ruanda | 25.3 | 10.5 | 7.4 | 6.7 | 3.4 | 20.1 | 1,950 | 45 | 10.3 | 56 | 0.9 | 2.9 | 1.0 | 0.07 | 0.34 | 20.8 | 45 |
| Senegal | 25.2 | 12.0 | 8.0 | 8.0 | 2.6 | 11.6 | 1,910 | 51 | 17.4 | 27 | 0.9 | 2.7 | 0.2 | 0.17 | 0.32 | 36.7 | 12 |
| Tierra Leona | 23.3 | 12.0 | 8.0 | 8.0 | 2.1 | 14.1 | 1,640 | 29 | 16.4 | 28 | 1.6 | 1.3 | 0.2 | 0.12 | 0.28 | 18.4 | 6 |
| Tanzania | 21.5 | 9.4 | 6.3 | 6.4 | 3.1 | 10.3 | 10,160 | 73 | 16.4 | 50 | 17.8 | 2.3 | 0.9 | 0.07 | 0.21 | 13.0 | 60 |
| Zambia | 22.6 | 9.3 | 7.4 | 7.5 | 1.3 | 13.8 | 3,800 | 29 | 11.8 | 33 | 25.9 | 2.3 | 0.9 | 0.05 | 0.21 | 13.0 | 63 |
| Zambia | 22.6 | 9.3 | 7.4 | 7.5 | 1.3 | 13.8 | 3,800 | 29 | 11.8 | 33 | 25.9 | 2.3 | 0.9 | 0.05 | 0.21 | 13.0 | 63 |
| Zambia | 22.6 | 9.3 | 7.4 | 7.5 | 1.3 | 13.8 | 3,800 | 29 | 11.8 | 33 | 25.9 | 2.3 | 0.9 | 0.05 | 0.21 | 13.0 | 63 |
| Zambia | 23.0 | 12.0 | 6.8 | 7.4 | 2.4 | 14.4 | 1,380 | 59 | 12.9 | 44 | 13.3 | 2.2 | 0.6 | 0.37 | 0.16 | 26.8 | 27 |
| Zambia | 23.3 | 7.4 | 8.0 | 8.0 | 3.1 | 14.3 | 1,380 | 72 | 5.5 | 39 | 14.3 | 2.4 | 1.0 | 0.04 | 0.59 | 14.6 | 57 |

Tabla 2. Puntajes Ponderados de los Componentes

| | Cadena de suministro (20 puntos) | Finanzas (20 puntos) | Entorno social y de salud (20 puntos) | Acceso (20 puntos) | Utilización (20 puntos) | Total 2012 (max=100 puntos) |
|---|-------------------------------------|-------------------------|--|-----------------------|----------------------------|--------------------------------|
| ASIA Y EL PACIFICO | | | | | | |
| Bangladesh | 17.4 | 7.0 | 11.8 | 11.4 | 11.4 | 59.0 |
| Camboya | 14.6 | 8.1 | 11.2 | 10.7 | 8.7 | 53.4 |
| Filipinas | 10.6 | 7.7 | 15.0 | 8.7 | 10.3 | 52.3 |
| India | 15.9 | 7.4 | 13.3 | 10.4 | 8.9 | 56.0 |
| Indonesia | 15.5 | 8.7 | 14.3 | 12.2 | 12.3 | 63.0 |
| Nepal | 17.2 | 6.9 | 11.5 | 11.5 | 11.4 | 58.5 |
| Pakistán | 15.3 | 7.1 | 10.4 | 9.4 | 9.4 | 51.7 |
| Vietnam | 17.1 | 8.2 | 13.5 | 12.6 | 13.8 | 65.2 |
| Promedio Regional | 15.5 | 7.6 | 12.6 | 10.9 | 10.8 | 57.4 |
| EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL | | | | | | |
| Albania | 16.6 | 10.6 | 14.6 | 9.2 | 10.5 | 61.5 |
| Armenia | 9.1 | 7.8 | 15.8 | 7.3 | 10.0 | 50.0 |
| Azerbaiyán | 1.7 | 9.5 | 15.6 | 9.4 | 8.4 | 44.6 |
| Georgia | 11.7 | 8.5 | 15.8 | 10.1 | 11.5 | 57.6 |
| Kirguizistán | 9.6 | 8.6 | 14.5 | 10.5 | 12.8 | 56.0 |
| Tajikistan | 14.2 | 5.4 | 13.7 | 11.0 | 9.3 | 53.6 |
| Turquía | 13.7 | 14.2 | 15.1 | 11.0 | 14.3 | 68.2 |
| Ucrania | 7.1 | 10.5 | 15.4 | 10.2 | 12.1 | 55.2 |
| Uzbekistan | 10.8 | 7.5 | 14.9 | 11.3 | 12.6 | 57.1 |
| Promedio Regional | 10.5 | 9.2 | 15.0 | 10.0 | 11.3 | 56.0 |
| AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE | | | | | | |
| Bolivia | 11.9 | 7.4 | 14.6 | 11.3 | 12.1 | 57.3 |
| Brazil | 14.1 | 12.0 | 16.8 | 10.8 | 15.9 | 69.5 |
| Colombia | 16.1 | 12.5 | 16.1 | 12.0 | 13.2 | 70.0 |
| El Salvador | 15.7 | 9.7 | 14.1 | 11.6 | 14.0 | 65.1 |
| Guatemala | 14.5 | 8.8 | 12.8 | 10.8 | 11.1 | 58.0 |
| Guyana | 15.7 | 8.5 | 16.0 | 9.8 | 10.2 | 60.2 |
| Haití | 11.4 | 3.6 | 12.2 | 10.2 | 8.1 | 45.5 |
| Honduras | 11.2 | 6.6 | 13.9 | 11.2 | 13.4 | 56.3 |
| Jamaica | 17.6 | 9.8 | 15.9 | 11.7 | 15.7 | 70.8 |
| Mexico | 13.5 | 10.4 | 15.9 | 11.8 | 14.5 | 66.0 |
| Nicaragua | 16.4 | 9.5 | 13.9 | 11.4 | 15.2 | 66.4 |
| Paraguay | 13.5 | 9.4 | 13.6 | 11.9 | 17.2 | 65.6 |
| Perú | 14.2 | 10.5 | 15.6 | 10.3 | 14.8 | 65.4 |
| República Dominicana | 13.9 | 10.3 | 14.8 | 12.1 | 12.6 | 63.7 |
| Promedio Regional | 14.3 | 9.2 | 14.7 | 11.2 | 13.4 | 62.8 |
| ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE | | | | | | |
| Egipto | 15.6 | 8.9 | 14.4 | 10.9 | 12.3 | 62.1 |
| Jordania | 11.9 | 11.7 | 15.9 | 11.3 | 11.8 | 62.5 |
| Marruecos | 18.9 | 8.9 | 13.0 | 11.5 | 13.1 | 65.5 |
| Yemen | 10.8 | 6.0 | 10.3 | 9.0 | 6.7 | 42.9 |
| Promedio Regional | 14.3 | 8.9 | 13.4 | 10.7 | 11.0 | 58.2 |
| ÁFRICA SUBSAHARIANA | | | | | | |
| Benin | 16.3 | 7.5 | 11.2 | 7.8 | 8.8 | 51.7 |
| Botswana | 11.0 | 13.5 | 13.2 | 10.3 | 11.8 | 59.7 |
| Burkina Faso | 12.3 | 9.7 | 10.6 | 9.9 | 8.6 | 51.1 |
| Camerún | 11.9 | 6.4 | 10.7 | 8.8 | 6.1 | 43.9 |
| Chad | 13.8 | 4.0 | 8.6 | 8.5 | 11.5 | 46.5 |
| Congo, Dém. Rép. | 8.2 | 6.9 | 9.3 | 8.7 | 5.9 | 39.1 |
| Congo, Rép. | 10.5 | 5.4 | 10.9 | 9.4 | 7.3 | 43.4 |
| Costa de Marfil | 13.1 | 5.4 | 9.2 | 9.9 | 7.2 | 44.8 |
| Etiopía | 11.0 | 7.0 | 10.5 | 9.8 | 7.2 | 45.4 |
| Gambia | 13.9 | 6.0 | 12.3 | 9.8 | 8.7 | 50.7 |
| Ghana | 15.3 | 8.6 | 13.5 | 10.2 | 9.4 | 57.0 |
| Guinea | 12.8 | 3.8 | 9.9 | 9.4 | 9.6 | 45.5 |
| Kenia | 13.9 | 5.5 | 12.0 | 9.9 | 9.8 | 51.1 |
| Lesotho | 8.8 | 5.2 | 9.7 | 10.6 | 12.2 | 46.5 |
| Liberia | 14.0 | 4.6 | 10.6 | 8.2 | 9.1 | 46.5 |
| Madagascar | 17.1 | 5.6 | 11.0 | 11.2 | 8.9 | 53.9 |
| Malawi | 8.6 | 6.2 | 10.0 | 10.2 | 9.3 | 44.3 |
| Mali | 14.1 | 7.3 | 11.3 | 9.5 | 7.9 | 50.1 |
| Mozambique | 11.7 | 5.7 | 9.5 | 9.4 | 6.7 | 43.0 |
| Namibia | 12.1 | 8.6 | 13.4 | 11.2 | 12.4 | 57.7 |
| Niger | 13.1 | 9.3 | 9.6 | 9.2 | 7.8 | 48.9 |
| Nigeria | 13.0 | 4.6 | 9.8 | 7.7 | 9.2 | 44.3 |
| Ruanda | 17.3 | 7.9 | 10.4 | 12.1 | 10.6 | 58.3 |
| Senegal | 18.2 | 6.1 | 11.1 | 9.7 | 7.9 | 53.0 |
| Sierra Leone | 14.7 | 3.1 | 10.8 | 8.5 | 8.2 | 45.3 |
| Sudáfrica | 7.6 | 10.5 | 14.4 | 10.4 | 14.2 | 57.2 |
| Suazilandia | 5.6 | 5.9 | 9.2 | 10.8 | 14.4 | 45.8 |
| Tanzania | 14.8 | 7.5 | 10.7 | 9.3 | 10.5 | 52.9 |
| Togo | 15.8 | 4.9 | 10.3 | 8.9 | 7.9 | 47.8 |
| Uganda | 13.7 | 7.6 | 10.0 | 9.6 | 7.7 | 48.6 |
| Zambia | 16.6 | 5.9 | 10.7 | 8.3 | 10.9 | 52.4 |
| Zimbabue | 17.3 | 2.4 | 8.6 | 11.1 | 11.3 | 50.6 |
| Promedio Regional | 13.1 | 6.5 | 10.7 | 9.6 | 9.3 | 49.3 |
| Promedio General | 13.3 | 7.7 | 12.5 | 10.2 | 10.7 | 54.5 |

Figura I. Puntajes Ponderados Totales: 67 Países

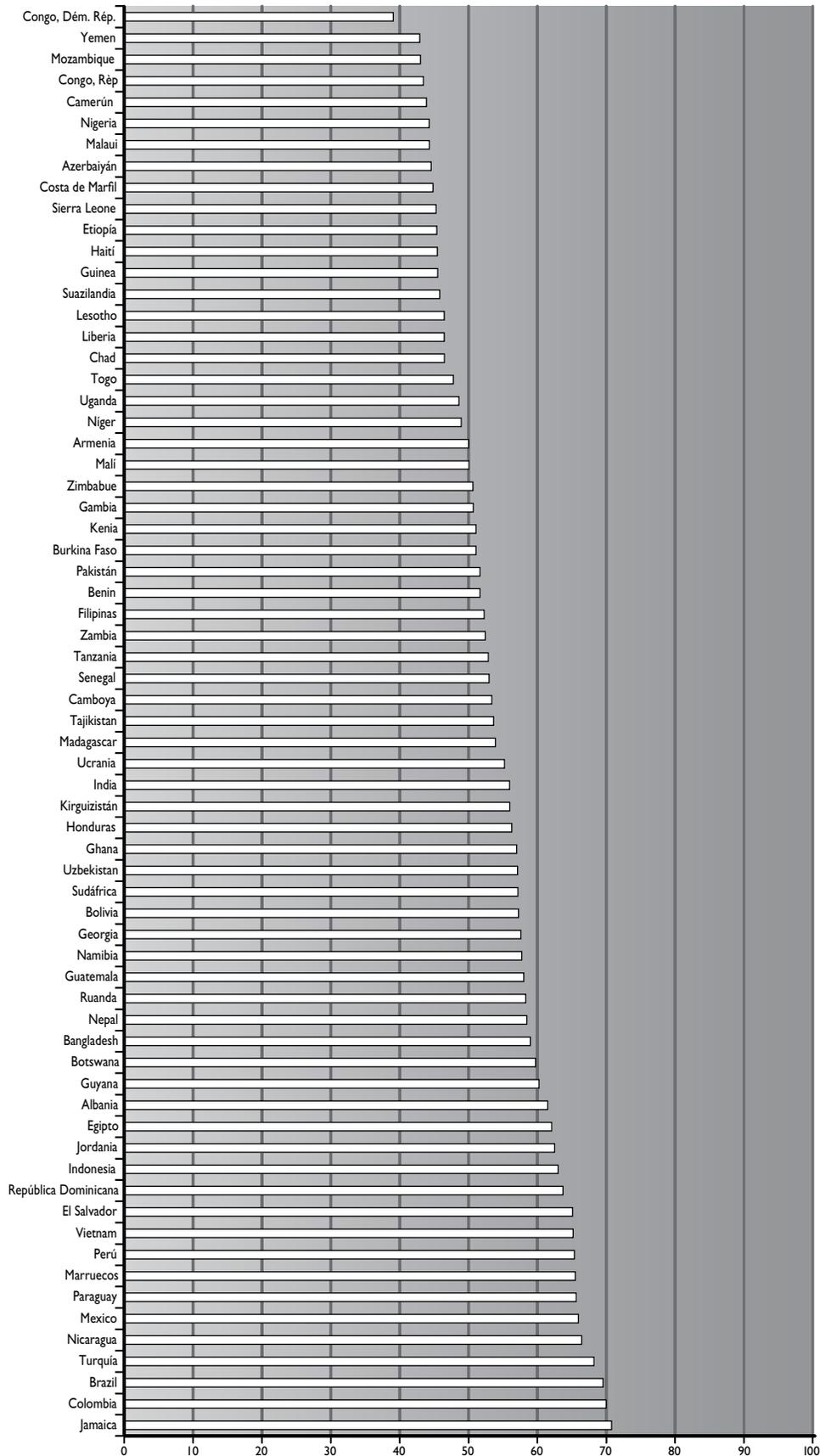


Figura 2. Puntajes más altos y más bajos por año

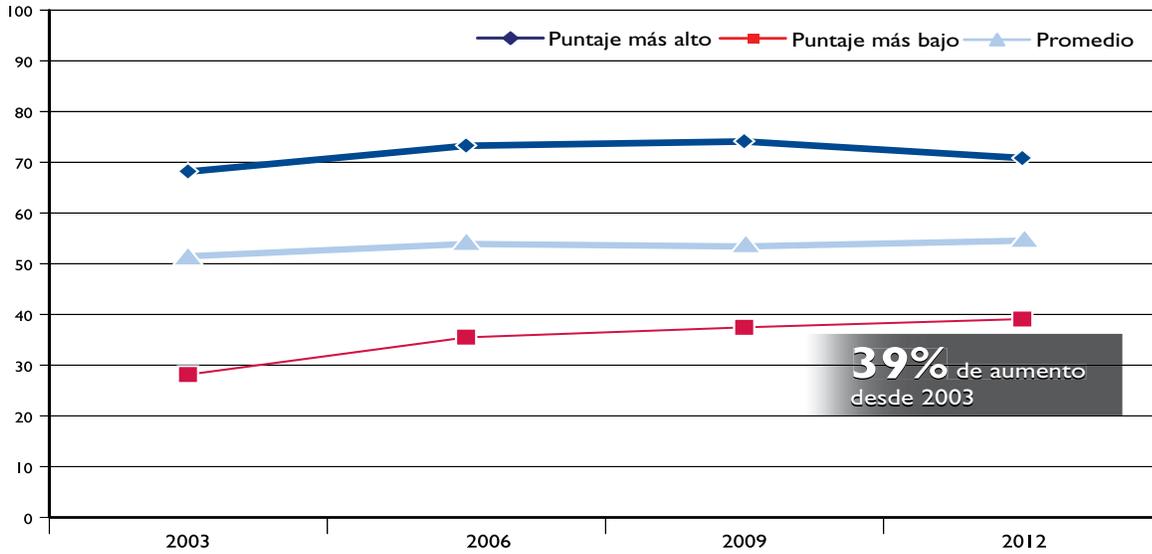


Figura 3. Puntajes totales promediados por región



Figura 4. Puntajes globales promediados por componente

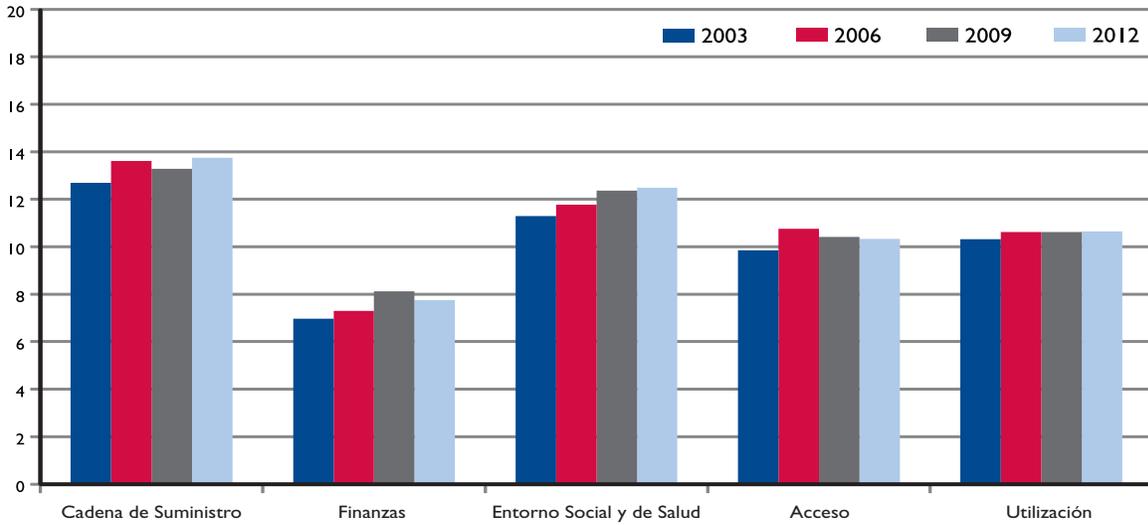
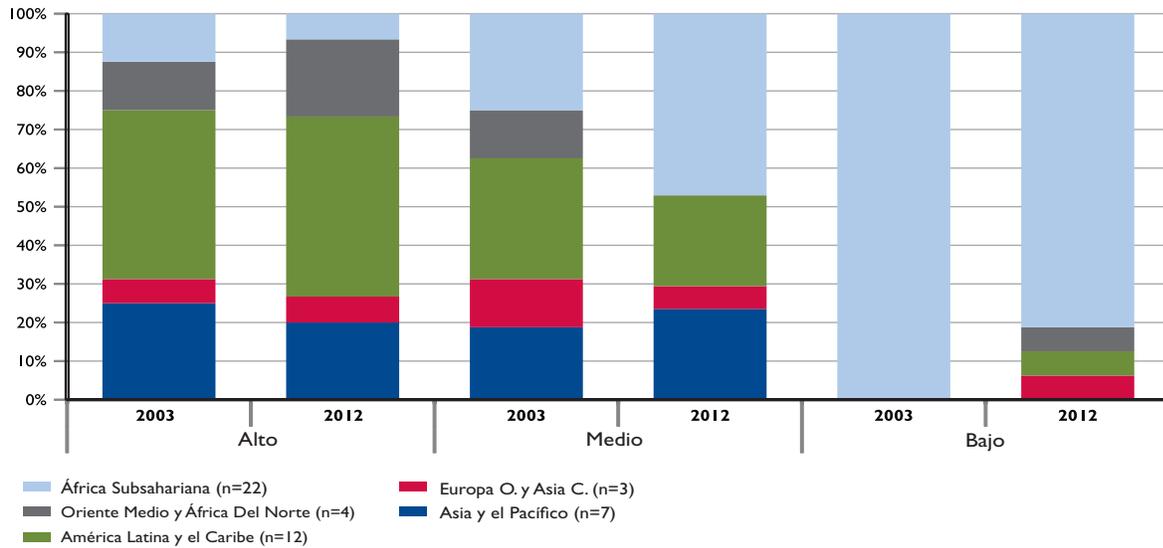


Figura 5. Porcentaje de países en cada grupo por región para 2003 y 2012



ANTECEDENTES

El *Índice de DAIA 2012* presenta una actualización de las conclusiones del *Índice de DAIA 2003* y de las versiones 2006 y 2009 del Índice de DAIA. 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* (SPARHCS). 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 6).

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.

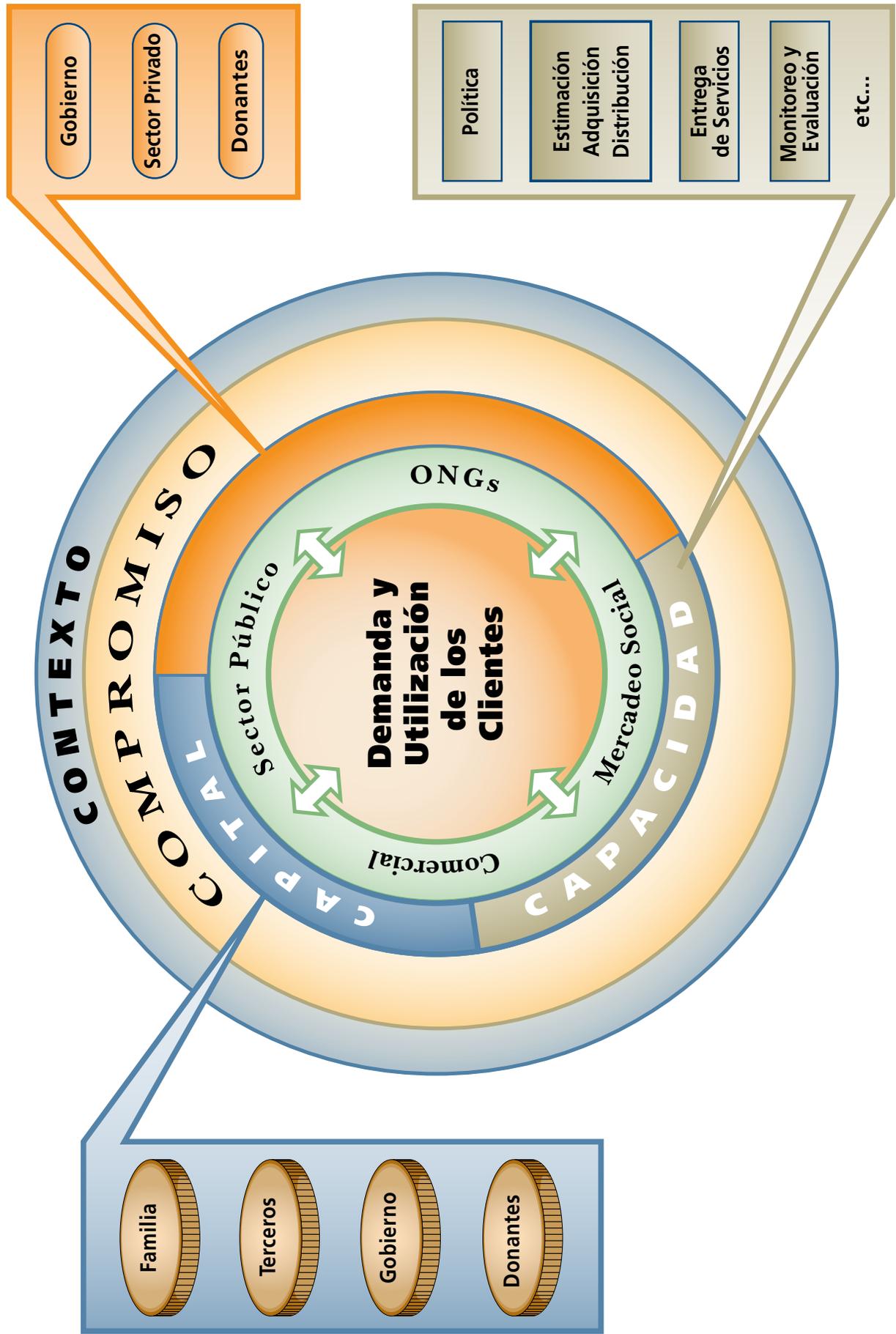
Con medidas repetidas tomadas en el transcurso del tiempo, el índice puede proporcionar una medida del progreso hacia el objetivo de la DAIA. Al llamar la atención sobre la importancia de la DAIA, esta herramienta puede ayudar a que los donantes y los gobiernos se concentren en satisfacer las crecientes 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 y una vez más con esta versión, en 2012. Para el índice del 2012, se mantuvieron los mismos indicadores y fuentes de datos, utilizando la última versión de todos los documentos de referencia. En casos limitados, se utilizaron fuentes de datos alternativas para los valores más actuales de los indicadores para poder mantener el máximo número de países en el índice (consulte las notas del indicador abajo). Si los valores de un nuevo indicador no se encontraban disponibles desde la publicación del índice 2009, los datos de ese año fueron preservados como la información más actual disponible. Los datos de 2003 y de 2006 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

Figura 6. Marco de Trabajo de SPARHCS



los datos faltantes fueron introducidos 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 (p. ej., 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 la 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 y 2012. 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) (Ross y Smith 2010).³

- **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) 2011 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:

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

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. 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. Para países donde no hay valores disponibles de IDM para este indicador, los valores de nivel de pobreza fueron suplementados con la Base de Datos En Línea de las Naciones Unidas (<http://data.un.org>).

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, 2011 Update* del Banco Mundial (Kaufmann, Kraay y Mastruzzi 2012).
- **Educación de las mujeres**—El logro de la 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 se obtuvieron de la base de datos en línea 2012 DataFinder del Population Reference Bureau.

- **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 15–49⁴ años de edad que se encontraban infectados con el VIH a fines de 2010. Los porcentajes de prevalencia del VIH en adultos fueron obtenidos del *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2011* de UNAIDS.

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 (Ross y Smith 2010).⁵
- **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.⁶

- **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, mas 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 (Ross y Smith 2010).

Componente V: Utilización—Este componente consta de tres indicadores que miden el comportamiento

de los clientes en términos de 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 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 anticonceptivo⁷. Este indicador se obtuvo de los datos más recientes de las ENDESAs o ESR para cada país; en varios países se utilizaron los datos de necesidad insatisfecha de otras encuestas de población.
- **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 provienen de la hoja de datos *2012 World Population Data Sheet* del Population Reference Bureau; en varios países se utilizaron valores de TPA de otras encuestas de población.

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 encuesta de Esfuerzo de Planificación Familiar se realiza periódicamente en todo el mundo mediante la administración de un cuestionario a destinatarios expertos de cada país. Como el EPF es actualizado aproximadamente cada cinco años, se utilizaron los puntajes más actualizados completados en 2009 para el *Índice de DAIA 2012*.

⁴ 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.

⁵ Este indicador utiliza el puntaje de acceso medio para estos métodos anticonceptivos.

⁶ 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.

⁷ La necesidad insatisfecha de planificación familiar es un indicador calculado que utiliza una combinación de respuestas a varias preguntas. Debe aclararse que la metodología utilizada para calcular la necesidad insatisfecha varía levemente entre tipos de encuestas. Además, el Proyecto MEASURE/DHS subsidiado por USAID alteró sus cálculos de necesidad insatisfecha en 2011-2012 (por favor consultar www.measuredhs.com para más detalles). Los valores de necesidad insatisfecha de una ENDESA incluidos en el *Índice de DAIA 2012* utilizan el cálculo revisado.

REFERENCIAS

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF)/Banco Mundial. 2011. *Indicadores del Desarrollo Mundial 2011*. <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>.

Descargado en abril de 2012.

DELIVER y Orden de Trabajo 1 de USAID | Iniciativa de Políticas en Salud, 2006. *Índice de Seguridad Anticonceptiva 2009. Una herramienta para establecer prioridades y planificar*. Arlington, Va.: DELIVER para la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

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 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 Massimo Mastruzzi. Descargado en mayo de 2012. *Worldwide Governance Indicators, 2011 Update, Aggregate Indicators of Governance 1996-2010*. <http://info.worldbank.org/governance/wgi/>

ONUSIDA. 2011. *Informe mundial: informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2011*. Geneva: ONUSIDA. http://issuu.com/unaid/docs/unaid_globalreport_2010

Organización Mundial de la Salud. Global Health Expenditure Base de datos, descargada en agosto de 2012 de <http://apps.who.int/nha/database/StandardReportList.aspx>

Population Reference Bureau. Julio de 2012. Cuadro de Datos de la Población Mundial 2012. Washington, DC: Population Reference Bureau. http://www.prb.org/pdf12/2012-population-data-sheet_spanish.pdf

Ross, John, y Ellen Smith. Marzo de 2010. The Family Planning Effort Index: 1999, 2004, and 2009 (Annex C). Washington, DC: Futures Group, Iniciativa de Políticas en Salud, Orden de Trabajo 1. http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1110_1_FP_Effort_Index_1999_2004_2009_FINAL_05_08_10_acc.pdf

United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. 2012 Update for the MDG database. Descargado en agosto de 2012 de <http://www.un.org/en/development/desa/population/>

United Nations Statistics Division. UNdata descargado en agosto de 2012 de <http://data.un.org/>

USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1, 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 1, 2009. Índice de Seguridad Anticonceptiva 2009. Una herramienta para establecer prioridades y planificar. Arlington, Va.: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1. 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 2012* 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, Emma Stewart y Ellie Bahirai.

Agradecemos a Alan Bornbusch (USAID) y a Leslie Patykewich (USAID | PROYECTO DELIVER) por su liderazgo y guía, al igual que a John Ross (Futures Group), Bill Winfrey (Futures Institute), Gus Osorio y Pat Shawkey (USAID | PROYECTO DELIVER) por sus contribuciones durante la elaboración de este índice y gráfico de pared.

El financiamiento para la elaboración y publicación del *Índice de DAIA 2012* 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 DELIVER y USAID | PROYECTO DELIVER.

CITA RECOMENDADA

USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 4. 2012. *Índice de Disponibilidad Asegurada de Anticonceptivos 2012: Una Década de Monitorear el Progreso y Medir Logros*. 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