



Junio de 2012

Este informe ha sido archivado. Las estimaciones recientes se pueden encontrar en:

<https://www.guttmacher.org/adding-it-up>

Haciendo Cuentas: Costos y beneficios de los servicios anticonceptivos—Estimaciones para 2012

Susheela Singh y Jacqueline E. Darroch

ASPECTOS DESTACADOS

- En 2012, hay en el mundo en desarrollo, según se estima, 645 millones de mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos, es decir, 42 millones más que en 2008. Una mitad de ese aumento se debe al crecimiento demográfico.
- En el mundo en desarrollo, la proporción de mujeres casadas que usan anticonceptivos modernos cambió muy poco entre 2008 (56%) y 2012 (57%).
- La cantidad de mujeres con necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos llega en 2012 a 222 millones. Entre 2008 y 2012, esta cantidad disminuyó ligeramente en el mundo en desarrollo, pero aumentó en algunas subregiones, y también en los 69 países más pobres.
- En el mundo en desarrollo, los servicios anticonceptivos en 2012 costarán 4.000 millones de dólares. Para satisfacer completamente la actual necesidad de todas las mujeres del mundo en desarrollo en materia de anticonceptivos modernos se necesitarían 8.100 millones de dólares por año.
- En 2012, el uso de anticonceptivos modernos en el mundo en desarrollo prevendrá 218 millones de embarazos no deseados, lo cual evitará, a su vez, 55 millones de alumbramientos no planificados, 138 millones de abortos inducidos (de ellos, 40 millones realizados en condiciones deficientes), 25 millones de abortos espontáneos y 118.000 defunciones maternas.
- Si se ofrecieran servicios a todas las mujeres de países en desarrollo que actualmente tienen necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos se evitaría una cantidad adicional de 54 millones de embarazos no deseados, inclusive 21 millones de alumbramientos no planificados, y 26 millones de abortos inducidos (de los cuales, 16 millones se realizarían en malas condiciones) y siete millones de abortos espontáneos; así también se prevendrían 79.000 defunciones maternas y 1,1 millón de defunciones de lactantes.
- Es necesario prestar especial atención a las necesidades de anticonceptivos de grupos vulnerables, como las jóvenes, las mujeres pobres y las campesinas.
- Para mejorar los servicios a los usuarios actuales y satisfacer adecuadamente las necesidades de todas las mujeres que actualmente necesitan anticonceptivos modernos pero no los están utilizando, será necesario que los gobiernos y los demás interesados directos asuman mayores compromisos financieros, y que se introduzcan cambios en diversas leyes y políticas, y se subsanen otros factores relativos a la provisión de servicios que obstaculizan el acceso a los servicios anticonceptivos.



Junio de 2012

Haciendo Cuentas: Costos y beneficios de los servicios anticonceptivos— Estimaciones para 2012

Susheela Singh y Jacqueline E. Darroch

AGRADECIMIENTOS

El presente informe fue redactado por Susheela Singh y Jacqueline E. Darroch. La edición estuvo a cargo de Haley Ball, y Kathleen Randall supervisó la producción. Todos están afiliados al *Guttmacher Institute*.

Las autoras agradecen a sus colegas: Suzette Audam por el procesamiento de datos; Carolyn Cox, Allison Grossman y Jesse Philbin por su asistencia a la investigación; y Fátima Juárez por producir tabulaciones especiales correspondientes a México. La autoras también agradecen a la consultora Eva Weissman la actualización de los datos sobre costos, y agradecen a los siguientes colegas del *Guttmacher Institute* que revisaron las versiones preliminares del presente informe: Akinrinola Bankole, Sharon Camp, Susan Cohen, Patricia Donovan, Gustavo Suárez, Michael Vlassoff y Jonathan Wittenberg. Además, agradecen a Trevor Croft y Sarah Bradley, de *MEASURE DHS, ICF International*, la producción de tabulaciones especiales de la necesidad insatisfecha de todas las Encuestas Demográficas y de Salud, utilizando la definición revisada.

Las autoras agradecen a los siguientes revisores externos sus observaciones con respecto al texto preliminar: Sarah Bradley, *MEASURE DHS, ICF International*; Beth Fredrick, *Gates Institute*; Nyovani Madise, *University of Southampton*; Scott Radloff, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; Sara Seims, *David and Lucile Packard Foundation*; John Skibiak, *Reproductive Health Supplies Coalition*; John Stover, *Futures Institute*; Amy Tsui, *Bloomberg School of Public Health, The Johns Hopkins University*; y Charles Westoff, *Princeton University*. Agradecen también las observaciones aportadas por Howard Friedman, Desmond Koroma, Edilberto Loaiza y Jacqueline Mahon, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

El presente informe fue financiado mediante subsidios del Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional y la *Bill & Melinda Gates Foundation*. Las constataciones y conclusiones que figuran en este informe son las de las autoras y no necesariamente reflejan posiciones ni políticas de los donantes.

ÍNDICE

Contexto y objetivo del presente informe	3
Necesidad y uso de anticonceptivos modernos	5
Costos y beneficios de satisfacer la necesidad de anticonceptivos modernos.....	12
Conclusiones e implicaciones.....	20
Apéndice: Metodología y fuentes de datos	23
Referencias.....	29

El *Guttmacher Institute* reconoce con gratitud el apoyo general recibido de particulares y fundaciones—incluidos importantes subsidios de *William and Flora Hewlett Foundation*, *David and Lucile Packard Foundation* y *Ford Foundation*—que apoyan la totalidad de su labor.

© Guttmacher Institute, 2012

Cita sugerida: Singh S y Darroch JE, Haciendo Cuentas: Costos y beneficios de los servicios anticonceptivos—Estimaciones para 2012, Nueva York: *Guttmacher Institute* y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2012, <<http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates-SP.pdf>>.

Traducción: UNFPA

www.guttmacher.org

Contexto y objetivo del presente informe

Va en aumento la preocupación por el insuficiente progreso logrado en los dos últimos decenios en cuanto a mejorar la salud materna y la salud reproductiva; esa situación ha dado lugar a varias iniciativas, actualmente en curso, a fin de acrecentar la atención, el apoyo y los recursos con destino a la planificación de la familia en los países en desarrollo. Algunos ejemplos importantes de esas acciones son: *HandtoHand Campaign*; *Alliance for Reproductive, Maternal and Newborn Health*; *Partnership for Maternal, Newborn and Child Health*; *Women Deliver*; las actividades de seguimiento de importantes hitos del desarrollo mundial y la mitigación de la pobreza (CIPD+20 y ODM+15), iniciativas de organismos donantes y fundaciones, y la Cumbre sobre Planificación de la Familia celebrada en Londres en 2012^{1 a 7}. Un objetivo común de todas esas iniciativas es acrecentar el acceso a los servicios anticonceptivos y, por consiguiente, ofrecer mejores servicios a las mujeres que aspiran a aplazar sus alumbramientos o a no tener más hijos, puesto que así se reducirían los embarazos no deseados, se ayudaría a las mujeres y a las parejas a obtener el tamaño deseado para su familia y a encontrar los momentos más oportunos para un embarazo, además de prevenir numerosos casos de discapacidad y defunción a causa del embarazo⁸. Además de esos beneficios de salud a corto plazo, una mayor prevención de los embarazos no deseados tendría beneficios mayores y a más largo plazo para las mujeres, las familias y las sociedades, que van desde un más alto nivel de educación de las mujeres y una mejor salud de los niños hasta mayores ahorros de las familias, menores tasas de crecimiento demográfico y un fortalecimiento de las economías nacionales^{9,10}.

Un estudio realizado en 2009, publicado con el título *Haciendo Cuentas: Costos y beneficios de invertir en planificación familiar y en salud materna y neonatal*, destacó esas cuestiones al cuantificar el número de mujeres con necesidad insatisfecha de servicios anticonceptivos modernos, que era en 2008 de 215 millones en el mundo en desarrollo¹¹. En dicho estudio también se estimaron los costos y beneficios de responder a la necesidad insatisfecha de servicios anticonceptivos. Teniendo presentes esas estimaciones, algunas iniciativas han planteado objetivos en cuanto al aumento de la cantidad de mujeres que utilizan métodos modernos en algunos grupos de países de

especial interés. Actualmente, la iniciativa de las Naciones Unidas titulada “Todas las mujeres, todos los niños”, entre otras, está determinando el grado de progreso hacia la satisfacción de las necesidades de las mujeres en materia de anticonceptivos, así como las medidas adicionales necesarias para seguir mejorando el acceso a servicios modernos de planificación de la familia, y algunos países han fijado sus propios objetivos de determinados aumentos en las cantidades de nuevos usuarios de anticonceptivos¹².

En general, esas iniciativas han planteado sus objetivos en términos de aumentos previstos en la cantidad de usuarios de métodos modernos debido a que se trata de un indicador directo y elocuente que suele aumentar en respuesta a las intervenciones. Por ejemplo, en la Cumbre de Londres sobre Planificación de la Familia se lanzó una iniciativa para poner servicios anticonceptivos modernos a disposición de 120 millones de mujeres adicionales en los 69 países más pobres del mundo antes de 2020¹³. Un objetivo subyacente a esas iniciativas es reducir al mismo tiempo la cantidad de mujeres que tienen necesidad insatisfecha de métodos modernos. Por otra parte, este indicador se usa con menos frecuencia en la medición del progreso debido a que la necesidad insatisfecha puede ir en aumento—pese a que aumenta la cantidad de usuarias de métodos modernos—en respuesta al creciente deseo de las parejas de tener familias más pequeñas y mejor control con respecto a los momentos en que ocurre el embarazo.

En este informe se presentan nuevas estimaciones para 2012 de las cantidades y proporciones de mujeres residentes en el mundo en desarrollo que utilizan métodos modernos y que necesitan anticonceptivos modernos, además del costo y los efectos de satisfacer tal necesidad*.

Las estimaciones en el informe *Haciendo Cuentas* de 2012 son comparables a las del informe de 2009, de manera que posibilitarán determinar el grado de progreso entre 2008 y 2012. Las estimaciones que figuran en el presente informe incorporan los datos de las encuestas más recientes disponibles sobre la necesidad de anticoncepti-

*Tenemos la intención de publicar un conjunto más completo de estimaciones, que incluyan otros servicios de salud sexual y salud reproductiva, para principios de 2014.

vos y su utilización, además de estimaciones actualizadas para 2012 de los costos directos de la provisión de servicios anticonceptivos. Las estimaciones también se basan en la actualización de anteriores estimaciones de embarazos y de defunciones derivadas de la maternidad. En algunos casos en que no se dispuso de información más reciente, se utilizaron mediciones del análisis efectuado en 2009; las más importantes son las estimaciones de costos de programas y sistemas (para mayores detalles, véase el apéndice, páginas 23 a 27).

En este informe presentamos estimaciones correspondientes a todos los países en desarrollo (según las definiciones que utiliza la División de Estadística de las Naciones Unidas), para las tres principales regiones (Asia, África y América Latina y el Caribe), para 14 subregiones y para los 69 países más pobres del mundo en desarrollo (véase el Apéndice, Cuadro 1, página 28)^{14,15}. El objetivo de este informe es servir de base a decisiones y actividades de los donantes, los gobiernos de países en desarrollo y los promotores, en procura de mejorar y ampliar el acceso a los servicios anticonceptivos en beneficio de todas las mujeres y todas las parejas de los países en desarrollo.

Necesidad y uso de anticonceptivos modernos

La gran transición registrada en el mundo en desarrollo, desde familias numerosas hacia familias más pequeñas, podría considerarse como una de las más importantes transformaciones sociales ocurridas en el siglo XX, en paralelo con una transición similar que había ocurrido mucho antes en el mundo desarrollado, a un ritmo mucho más lento^{16,17}. En el mundo en desarrollo, comenzando con un promedio de más de cinco hijos por familia en el decenio de 1970, las parejas tuvieron en el decenio 1994-2005, en promedio, unos 2,5 hijos, aun cuando persisten las grandes discrepancias entre diferentes países¹⁸.

Si bien muchos factores influyeron en esta transformación de la procreación, uno de los principales mecanismos por conducto de los cuales se logró reducir el tamaño de la familia es el incremento en el uso de anticonceptivos, proporcionados por programas de planificación de la familia del sector público, de organizaciones no gubernamentales y del sector privado, inclusive clínicas y farmacias^{19 a 22}. Los datos compilados por las Naciones Unidas indican que en el mundo en desarrollo, el uso de métodos anticonceptivos modernos por las mujeres casadas* de 15 a 49 años aumentó desde niveles casi nulos en el decenio de 1960 hasta niveles estimados en 47% en 1990 y 55% en 2000²³ y posteriormente se estabilizó y permanecía al mismo nivel en 2009²⁴. Al mismo tiempo, la motivación para tener familias más pequeñas y poder determinar mejor el momento del alumbramiento sigue siendo fuerte y va en aumento en muchas partes del mundo en desarrollo²⁵. Otras tendencias mundiales, como los crecientes niveles de actividad sexual de mujeres jóvenes no casadas—relacionados con el aumento de la edad al contraer matrimonio²⁶—entrañan un aumento de la necesidad de anticonceptivos eficaces entre personas no casadas. En este capítulo, consideramos la situación actual y las tendencias recientes en relación con las necesidades existentes y el grado de uso de anticonceptivos modernos.

*En el presente informe, “mujeres casadas” denota a las que están legalmente casadas, a las que cohabitan con su pareja o están en una unión consensual. “Anteriormente casadas” denota a las mujeres que habían estado previamente en una unión pero que no lo estaban en el momento de la entrevista, y “nunca casadas” denota a mujeres solteras que nunca estuvieron en una unión.

Necesidad de servicios anticonceptivos

Si bien una gran mayoría de las mujeres tienen actividad sexual durante gran parte de su etapa de procreación, en general ellas quieren tener solamente pocos hijos. A fin de alcanzar el tamaño de la familia al que aspiran y evitar embarazos no deseados, durante la mayor parte de ese lapso necesitarán anticonceptivos (véase el recuadro). En 2012, de los 1.520 millones de mujeres en edad de procrear residentes en el mundo en desarrollo, se estima que un 57%, es decir, 867 millones, necesitan anticonceptivos²⁷. Esas mujeres, en su mayoría (645 millones) están

Definición de la necesidad de anticonceptivos modernos

- Se considera que las mujeres en edad de procrear (15 a 49 años) **necesitan anticonceptivos** si están utilizando anticonceptivos—modernos o tradicionales—o no utilizan ningún método pero tienen actividad sexual, estén o no casadas (es decir, tuvieron relaciones sexuales en el lapso de tres meses previo a la encuesta), son fecundas y, o no quieren tener un hijo a corto plazo (en los dos años siguientes) o no quieren tenerlo nunca, o indican que su embarazo en curso es no deseado, o experimentan amenorrea de posparto después de un embarazo no deseado.
- Se considera que las mujeres necesitadas que actualmente no utilizan un método anticonceptivo moderno—es decir, mujeres que o bien no usan ningún método, o bien usan un método tradicional—tienen **necesidad insatisfecha de métodos modernos**. Se incluye a las mujeres que usan métodos tradicionales, debido a que estos métodos tienen más probabilidades de fallar que los métodos modernos. Los **métodos modernos** incluyen: esterilización masculina y femenina, DIU, implantes, productos inyectables, píldoras, condones (preservativos) masculinos y otros métodos suministrados, entre ellos espermicidas y condones femeninos. Los **métodos tradicionales** comprenden principalmente el retiro y la abstinencia periódica.

utilizando un método anticonceptivo moderno, pero hay una minoría sustancial que no los utiliza y estas mujeres (222 millones, gráfico 1) tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos.

Otros 653 millones de mujeres—43% del total de mujeres en edad de procrear—no necesitan actualmente anticonceptivos²⁷. De esas mujeres, más de la mitad (24% de todas las mujeres en edad de procrear) no están casadas y no tienen actividad sexual*; las restantes mujeres o bien han tenido recientemente un alumbramiento deseado, o bien tienen actualmente un embarazo deseado, o tienen actualmente un embarazo no deseado, o quieren quedar embarazadas a corto plazo (11%), o tienen actividad sexual pero son infecundas (8%). A medida que las necesidades de anticonceptivos y las circunstancias personales de las mujeres van variando a lo largo de su etapa reproductiva, esas mujeres van efectuando transiciones desde necesitar hacia no necesitar anticonceptivos y muchas irán oscilando entre la utilización de métodos modernos y la necesidad insatisfecha. Las estimaciones actuales presentadas en este informe constituyen una instantánea de la situación de todas las mujeres residentes en países en desarrollo en 2012.

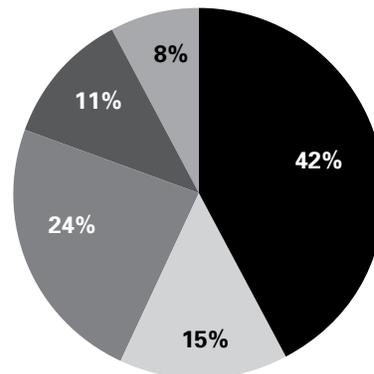
Uso de métodos anticonceptivos modernos

De los 645 millones de mujeres residentes en el mundo en desarrollo que en 2012 usan métodos anticonceptivos modernos, una gran mayoría está constituida por mujeres casadas (596 millones), y además hay, según se estima, 20 millones que estuvieron casadas anteriormente y 29 millones que nunca estuvieron casadas (no se muestran los datos)²⁷. Se presta especial atención a los métodos anticonceptivos modernos debido a su mayor eficacia para prevenir el embarazo, en comparación con métodos tradicionales, como el retiro y la abstinencia periódica.

En 2012, en el mundo en desarrollo usan métodos modernos un 57% de las mujeres casadas (para las cuales los datos son más completos y muy probablemente mejor recopilados, en comparación con otros grupos; Cuadro 1, página 7)²⁷. El porcentaje de uso es mayor en algunas subregiones (según se estima, 88% en el Asia oriental y 70% en América del Sur), pero en otras subregiones es inferior al promedio (17% en África al sur del Sahara, 34% en el Asia occidental y 46% en el Asia meridional). En los 69 países más pobres del mundo, un 40% de las mujeres casadas están utilizando métodos modernos en 2012.

Entre 2008 y 2012, en el mundo en desarrollo, considerado en su conjunto, aumentó en 42 millones la cantidad de usuarios de métodos modernos, lo cual representa un aumento anual medio de unos 10 millones de usuarios^{27,28}. En comparación, entre 2003 y 2008, el número

GRÁFICO 1. Más de la mitad de todas las mujeres en edad de procrear residentes en países en desarrollo necesitan anticonceptivos modernos.



1.520 millones de mujeres

Necesitadas

- Usan anticonceptivos modernos
- Tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos

No necesitadas

- No casadas y sin actividad sexual
- Quiieren un hijo a corto plazo o tienen un embarazo deseado o están de postparto
- Infecundas

Fuente: referencia 27

de usuarios de métodos modernos aumentó en casi 100 millones en los países en desarrollo, desde 504 millones hasta 603 millones, un aumento anual de 20 millones de usuarios (no se muestra)²⁸. El aumento entre 2008 y 2012 se debió en parte al crecimiento demográfico (52%) y en parte, a un pequeño aumento en la tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (48%). Por ejemplo, la proporción de mujeres actualmente casadas residentes en el mundo en desarrollo que usan métodos modernos apenas cambió un poco entre 2008 (56%) y 2012 (57%)²⁷. Otras fuentes han informado acerca de una estabilización en los últimos años del nivel de uso de anticonceptivos modernos en algunos países, lo cual guarda coherencia con las presentes estimaciones agregadas actualizadas²⁹. Pese a la estabilización general, hubo algunos cambios importantes dentro de algunas regiones. Se registraron aumentos más apreciables en las tasas de prevalencia del uso de

*Consideramos que las mujeres no casadas tienen actividad sexual si manifiestan que han tenido relaciones sexuales en los tres meses anteriores a la encuesta.

CUADRO 1. Cantidad de mujeres de 15 a 49 años de edad que usan métodos anticonceptivos modernos, proporción de mujeres casadas de 15 a 49 años que usan métodos modernos, y variación porcentual anual, por región y subregión del mundo en desarrollo y para los 69 países más pobres, 2008 y 2012.

Región and subregión	Entre todas las mujeres de 15 a 49 años cantidad de usuarias de métodos modernos (millones)			Entre mujeres casadas de 15 a 49 años % de usuarias de métodos modernos		
	2008	2012	% de cambio anual	2008	2012	% de cambio anual
Mundo en desarrollo	603	645	1,7	56	57	0,4
África	46	51	2,7	23	24	0,2
África al sur del Sahara*	31	36	4,2	17	17	0,7
África oriental	12	17	11,7	20	27	8,6
África central	2	2	1,9	7	7	0,7
África meridional	7	9	5,8	54	58	1,9
África occidental	6	7	2,8	9	9	-0,3
África septentrional	19	16	-3,9	55	45	-4,8
Asia	485	514	1,5	62	62	0,3
Asia oriental	261	267	0,5	89	88	-0,2
Asia central	6	6	-1,2	51	52	0,3
Asia meridional	153	163	1,8	45	46	0,3
Asia sudoriental	51	64	6,6	50	56	2,8
Asia occidental	13	14	1,0	34	34	0,2
Oceanía	1	1	-7,3	45	30	-8,4
América Latina y el Caribe	72	80	2,6	64	67	1,4
Caribe	5	5	-1,3	56	56	0,1
Centroamérica	17	17	1,2	60	64	1,7
América del Sur	51	58	3,4	66	70	1,4
69 países más pobres†	229	252	2,6	39	40	0,7

*En África al sur del Sahara se han incluido el Sudán y el Sudán del Sur, que están ambos ubicados geográficamente en el África septentrional. †Un análisis de la Cumbre de Londres sobre Planificación de la Familia, con proyección del porcentaje de mujeres usuarias de métodos modernos, sobre la base de la tasa lineal de variación entre las dos encuestas más recientes, estimó que 258 millones de mujeres en los 69 países más pobres estaban utilizando métodos modernos en 2012, es decir, seis millones más que los 252 millones que figuran en el cuadro, el cual se basa en la información más reciente disponible, pero sin proyecciones.

Fuentes: 2008—referencia 11; 2012—referencia 27.

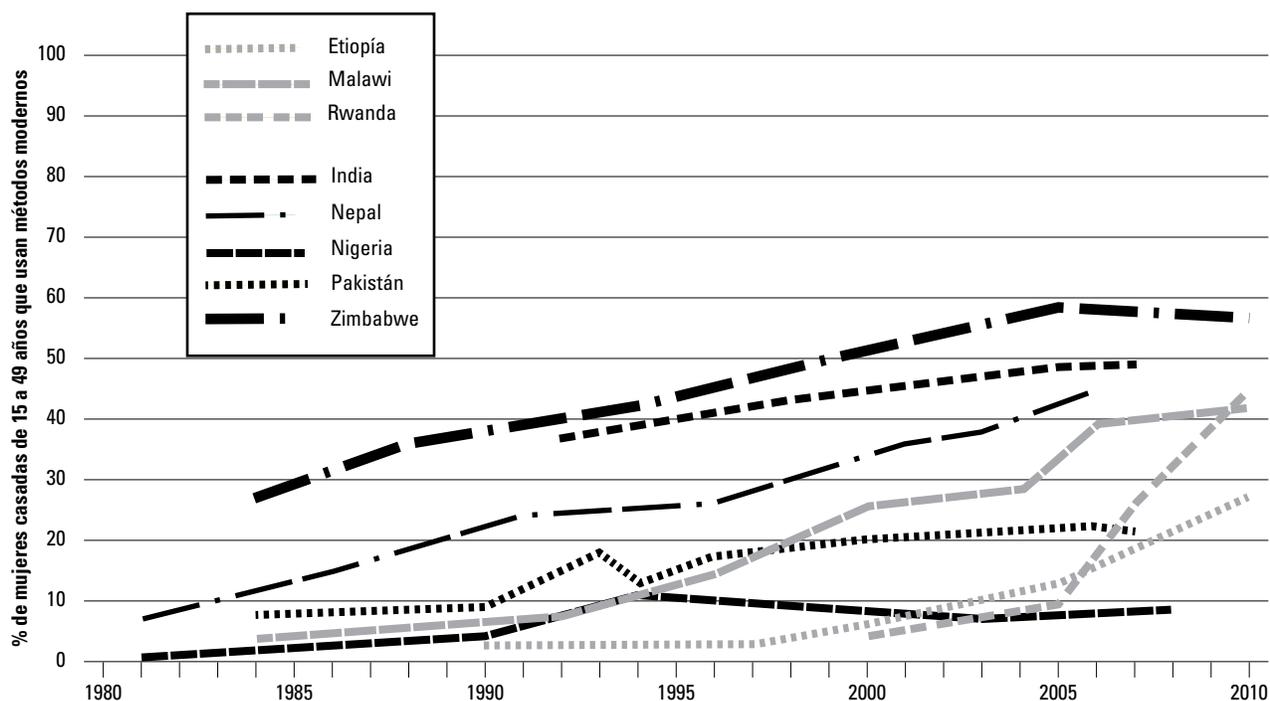
métodos modernos entre mujeres casadas residentes en el África oriental (del 20% en 2008 al 27% en 2012) y en el Asia sudoriental (del 50% al 56%)²⁷. Cabe señalar que no hay ningún incremento en el África occidental y el África central, zonas donde sigue siendo muy bajo el uso de anticonceptivos modernos. En esas subregiones, los sistemas de salud son particularmente débiles y las tasas de mortalidad son sumamente altas; por ende, es particularmente grande la necesidad de atención integral que incluya servicios anticonceptivos y de atención de la salud materna, del lactante y del niño—pertinentes a todos los países—.

Esas diferentes tendencias regionales se ilustran con algunos ejemplos por países (Gráfico 2, página 8)^{30 a 35}. En los últimos años hubo aumentos sustanciales en Etiopía, Malawi y Rwanda, mientras que hubo menos cambios en la India, Nepal, Nigeria, el Pakistán y Zimbabwe. Todos los

países donde recientemente hubo escaso aumento en la prevalencia del uso de anticonceptivos necesitan que se les preste atención, pero es preciso un análisis particularmente cuidadoso de la situación de países como Nigeria y el Pakistán, donde el cambio es lento y el uso de métodos modernos es muy bajo, a fin de determinar las maneras de satisfacer las necesidades existentes en materia de anticonceptivos.

Las mujeres que nunca estuvieron casadas constituyen un grupo grande e importante, que representa un 26% del total de mujeres de 15 a 49 años de edad en el mundo en desarrollo en 2012, y está integrado mayormente por adolescentes y jóvenes adultas (15 a 24 años)²⁷. Hubo una sostenida tendencia a largo plazo hacia un aumento del nivel de actividad sexual entre esas mujeres, debido a una combinación de factores: la disminución de la edad de la menarca, el aumento de la edad en que se

GRÁFICO 2. En algunos países hubo rápidos aumentos en la prevalencia del uso de anticonceptivos después de 2000, mientras que en otros hubo poco adelanto.



Fuente: referencias 30 a 35.

contrae matrimonio y las variaciones en los valores sociales²⁶. Cuando inician su actividad sexual, las jóvenes que nunca estuvieron casadas enfrentan dificultades mucho mayores para obtener anticonceptivos que las mujeres casadas, debido en parte al estigma adscrito a su actividad sexual antes de contraer matrimonio. Por consiguiente, la información sobre los niveles y las tendencias en el uso de anticonceptivos entre mujeres nunca casadas y sexualmente activas tiene gran pertinencia para los responsables políticos y los planificadores de programas.

No obstante, los datos sobre los comportamientos sexuales y de reproducción de las mujeres que nunca estuvieron casadas son limitados (especialmente en Asia y en el África septentrional) y en esas regiones es probable que haya información insuficiente sobre la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. En África al sur del Sahara y en América Latina y el Caribe, hay más abundancia de datos sobre mujeres no casadas y esos datos son de mejor calidad que los de otras regiones, aun cuando tal vez haya una gran proporción de datos no registrados. Debido a tales limitaciones, hemos complementado los datos disponibles de encuestas nacionales con estimaciones procedentes de estudios a escala subnacional sobre Asia y el África septentrional y la estimación es que en 2012,

52 millones de mujeres nunca casadas residentes en los países en desarrollo considerados en su conjunto tienen actividad sexual y necesitan anticonceptivos para prevenir el embarazo²⁷. Un 56% de las mujeres nunca casadas y necesitadas están utilizando métodos anticonceptivos modernos, con algunas variaciones de esa proporción entre distintas regiones: 49% en Asia, 55% en África al sur del Sahara y 69% en América Latina y el Caribe; y en los 69 países más pobres, la proporción correlativa es 41% (no se muestra).

La desventaja que tienen las mujeres nunca casadas para obtener anticonceptivos se pone en evidencia en las siguientes estadísticas: en el mundo en desarrollo considerado en su conjunto, entre las mujeres necesitadas de anticonceptivos, la proporción de uso de métodos modernos por mujeres nunca casadas es inferior en 20 puntos porcentuales al uso por mujeres casadas (no se muestra)²⁷. En Asia, la diferencia es de 31 puntos porcentuales; en América Latina y el Caribe, es de 10; y en los 69 países más pobres, de 20 puntos porcentuales. La situación se invierte en África al sur del Sahara, donde la proporción de mujeres nunca casadas y necesitadas que usan anticonceptivos modernos es superior en 19 puntos porcentuales a la correspondiente a mujeres casadas, lo

CUADRO 2. Cantidad de mujeres con necesidad insatisfecha de métodos modernos y proporción con necesidad insatisfecha de métodos modernos respecto del total de mujeres necesitadas de anticonceptivos modernos, por región y subregión del mundo en desarrollo y para los 69 países de menores ingresos, 2008 y 2012.

Región and subregión	Mujeres de 15 a 49 años con necesidad insatisfecha de métodos modernos (millones)			% de mujeres de 15 a 49 años necesitadas de anticonceptivos y tienen necesidad insatisfecha de métodos modernos,		
	2008*	2012	% de cambio anual	2008*	2012	% de cambio anual
Mundo en desarrollo	226	222	-0,5	27	26	-1,5
África	55	58	1,6	54	53	-0,5
África al sur del Sahara*	50	53	1,6	62	60	-0,9
África oriental	19	20	0,4	63	54	-3,5
África central	10	10	1,3	82	81	-0,1
África meridional	2	2	-6,2	25	17	-8,1
África occidental	18	19	2,6	74	74	0,0
África septentrional	6	8	5,8	25	32	7,8
Asia	147	140	-1,1	23	21	-1,9
Asia oriental	24	16	-7,8	8	6	-7,7
Asia central	3	2	-3,1	30	28	-1,4
Asia meridional	79	83	1,1	34	34	-0,4
Asia sudoriental	25	25	-0,6	33	28	-4,2
Asia occidental	15	14	-2,8	54	50	-1,8
Oceanía	<1	1	2,1	39	49	6,8
América Latina y el Caribe	24	23	-1,4	25	22	-2,8
Caribe	2	2	-2,4	31	30	-0,8
Centroamérica	5	5	1,3	23	23	0,0
América del Sur	17	16	-2,0	25	21	-3,8
69 países más pobres†	153	162	1,5	40	39	-0,6

*Estimaciones revisadas respecto de estimaciones anteriores (véanse las referencias 11 y 28) utilizando las nuevas especificaciones para el cálculo de la necesidad insatisfecha, †En el África al sur del Sahara se han incluido Sudán y Sudán del Sur, que están ubicados geográficamente en la región del África septentrional. ‡Una estimación de la cantidad de mujeres con necesidad insatisfecha de métodos modernos en los 69 países más pobres que armonice con las proyecciones de la Cumbre de Londres sobre Planificación de la Familia, 258 millones de mujeres que usan métodos modernos (véase la nota a pie de página, Cuadro 1). sería 160 millones, en comparación con los 162 millones que figuran en este Cuadro, cantidad que se basa en la más reciente información disponible.

Fuentes: 2008 y 2012—referencia 27.

cual indica el grado de fortaleza de la motivación de las mujeres nunca casadas en cuanto a evitar la procreación antes del matrimonio y la infección con el VIH y las ITS, puesto que el condón es el método predominante entre los usados por las mujeres nunca casadas en esta región.

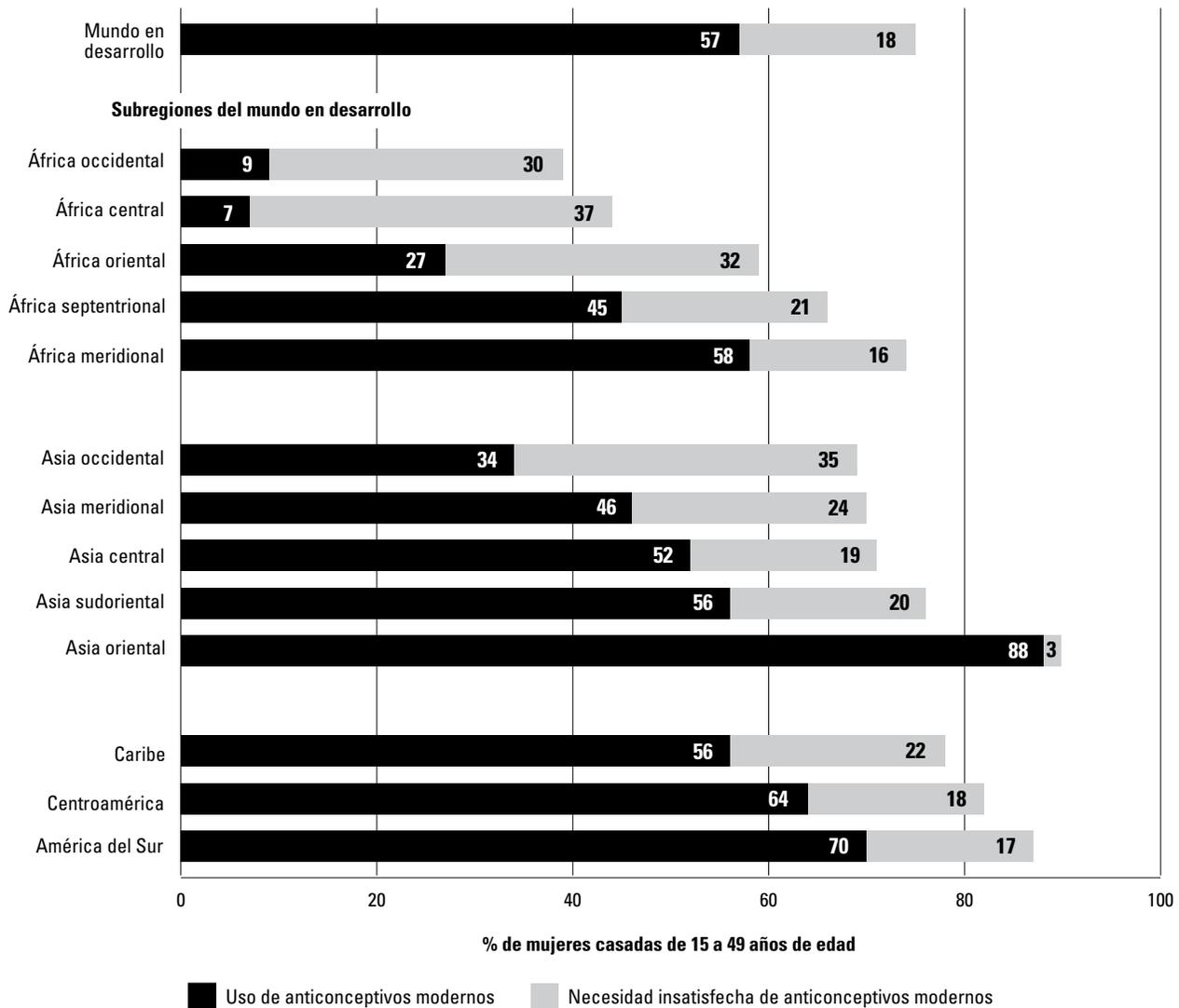
Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos

Cuando las mujeres y sus compañeros pueden tener un hijo, pero no están usando anticonceptivos o están usando un método tradicional, tienen probabilidades mucho mayores de tener un embarazo no deseado que quienes usan métodos modernos. En consecuencia, la necesidad insatisfecha de métodos modernos es un indicador clave de la carga de demanda insatisfecha de servicios anticonceptivos (véase el recuadro, página 5). Según se estima,

en 2012 había en el mundo en desarrollo 222 millones de mujeres con necesidades insatisfechas de anticonceptivos modernos²⁷. Se efectuaron estimaciones comparables para 2008 y 2012, aplicando la metodología revisada recientemente publicada³⁶, a fin de calcular la necesidad insatisfecha correspondiente a ambos años (véase el Apéndice, págs. 23 y 27)*. Si bien en el largo plazo, los aumentos en el uso de anticonceptivos modernos reducirán la cantidad de mujeres con necesidad insatisfecha, esa cantidad podría aumentar en el corto plazo debido al crecimiento demográfico y dado que sigue aumentando la proporción de mujeres y de parejas que quieren familias más pequeñas y mayor control sobre el momento de tener hijos. Nuestras estimaciones actualizadas indican que la

*Aun cuando la metodología de cálculo fue revisada, el concepto sigue siendo el mismo.

GRÁFICO 3. En 2012, hay grandes variaciones entre subregiones del mundo en desarrollo en cuanto al nivel de necesidad insatisfecha y de uso de anticonceptivos modernos por las mujeres casadas.



Fuente: referencia 27.

cantidad de mujeres del mundo en desarrollo con necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos disminuyó levemente entre 2008 y 2012, desde 226 millones (cantidad calculada utilizando la metodología revisada) hasta 222 millones (Cuadro 2, página 9)^{27*}. Por otra parte, la cantidad de mujeres con necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos aumentó en la mayor parte de África y en algu-

nas subregiones de Asia y de América Latina y el Caribe. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos en los 69 países más pobres—que representa un 73% del total de necesidad insatisfecha en el mundo en desarrollo—también aumentó, desde 153 millones hasta 162 millones de mujeres en el lapso 2008-2012.

En el mundo en desarrollo, considerado en su conjunto, la proporción de mujeres casadas con necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos es 18%, pero es muy superior a ese promedio (30% a 37%) en África occidental, África central, África oriental y África meridional, y es algo superior a dicho promedio (22% a 24%) en Asia meridional y el Caribe (Gráfico 3)²⁷. En general, entre

*El cálculo del número de mujeres con necesidad insatisfecha de métodos modernos en 2008 había arrojado anteriormente 215 millones (véase la referencia 11). Hemos recalculado esa estimación aplicando la nueva metodología de cálculo de la necesidad insatisfecha (que se analiza en el Apéndice), lo que resultó en una estimación revisada de 226 millones de mujeres para 2008.

las subregiones, el mayor uso de métodos anticonceptivos modernos se correlaciona con una menor necesidad insatisfecha.

La pequeña disminución general en la necesidad insatisfecha de métodos modernos es más trascendente de lo que parecería a primera vista, dado el aumento en la cantidad de mujeres que desean evitar el embarazo, desde 829 millones en 2008 hasta 867 millones en 2012²⁷. En el mundo en desarrollo considerado en su conjunto, la proporción de mujeres que tienen necesidad insatisfecha de métodos modernos disminuyó entre 2008 y 2012 en 1,7 puntos porcentuales, desde 27,2% hasta 25,5%; la tasa anual de disminución fue 1,5%. La tasa anual de disminución fue superior al promedio en África oriental, África meridional, Asia oriental, Asia sudoriental y América del Sur (y oscila desde -3,5% hasta -8,6%, Cuadro 2). Las disminuciones fueron muy inferiores al promedio en el Asia meridional (-0,4%) y en los 69 países más pobres (-0,6%). La situación permaneció esencialmente invariable en África central, África occidental y Centroamérica. La necesidad insatisfecha aumentó en África septentrional y en Oceanía, regiones donde los mejores datos esperados para 2012 tal vez den razón de esta inesperada tendencia.

La necesidad de mejorar el uso de métodos modernos

No es difícil comprender por qué el nivel de necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos suscita tanta atención, puesto que la falta de utilización de métodos modernos, al igual que el uso de métodos tradicionales, hace correr grandes riesgos de embarazo no deseado a las mujeres y sus parejas y también, debido a que esa medición se ha incluido durante mucho tiempo, en alguna forma, en encuestas e informes nacionales. No obstante, dicha medición de la prevalencia del uso de anticonceptivos (estén o no utilizando las mujeres y sus compañeros algún método moderno) no alcanza a reflejar todas las barreras que obstan al uso de anticonceptivos, o que suscitan su uso incorrecto o su abandono, casos todos ellos que pueden redundar en embarazo no deseado. Algunas mujeres tal vez no usen anticonceptivos y algunas usuarias actuales de métodos modernos tal vez dejen de usarlos, aun cuando no deseen quedar embarazadas, por diversas razones, entre ellas, preocupaciones acerca de su salud y de presuntos efectos secundarios de los anticonceptivos, creencia de que no hay riesgo de embarazo, oposición por parte de sus compañeros u otras personas, insuficiencia de sus conocimientos acerca de los diversos métodos y dificultades en obtener suministros (por factores como la distancia, el costo, el agotamiento de existencias y los horarios incómodos)³⁷. Además, tal vez esas mujeres no

usen el método de manera sistemática o correcta debido a que han recibido asesoramiento inadecuado o información errónea, o porque utilizar el método les resulta incómodo, o debido al tipo de relación en que están^{38,39}. Puede resultar difícil cambiar de método, por ejemplo, si la fuente que utiliza la mujer no ofrece otros métodos o no está dispuesta a facilitar el procedimiento de cambio de método, o si los métodos preferidos son demasiado costosos, o si no se dispone de ellos localmente.

Mejorar la calidad de la información y los servicios ofrecidos a las clientas de anticonceptivos probablemente acrecentaría la eficacia de su uso. Esto podría lograrse ofreciendo una amplia gama de opciones entre diversos métodos, asegurando la continuidad en los suministros, impartiendo un buen asesoramiento y educación sobre los efectos secundarios y cualquier preocupación de salud, y también capacitando a los encargados de los servicios para que ayuden a las mujeres que así lo deseen a cambiar de método⁴⁰. Para satisfacer las necesidades de las mujeres no casadas, particularmente las que nunca han estado casadas, es preciso realizar acciones innovadoras, entre ellas mejorar la información y los servicios destinados a este grupo, ampliar la oferta de una amplia selección de métodos apropiados que respondan a las necesidades de anticonceptivos de las mujeres no casadas, que a veces son esporádicas, y emprender amplias campañas de educación pública que reduzcan el estigma adscrito a la actividad sexual de mujeres no casadas, además de cambiar las actitudes de los encargados de servicios con respecto a este grupo.

Costos y beneficios de satisfacer las necesidades de anticonceptivos modernos

Hay importantes implicaciones de costos en la provisión de servicios anticonceptivos a la creciente cantidad de mujeres que necesitan anticonceptivos modernos y en la oferta de servicios integrales de alta calidad a todos los usuarios. Al mismo tiempo, el dinero destinado a servicios anticonceptivos para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados redundará en grandes beneficios de salud, sociales y económicos para las mujeres, para sus familias y para la sociedad, y el resultado final es que se obtienen ahorros netos dentro del sistema de atención de la salud.

En este capítulo presentamos las estimaciones para 2012 del costo de proporcionar servicios y productos anticonceptivos a las mujeres que actualmente usan métodos modernos, así como los costos potenciales de mejorar los servicios a fin de satisfacer mejor las necesidades de las usuarias actuales y proporcionar métodos modernos a las mujeres con necesidad insatisfecha. Nuestras estimaciones incluyen tanto los costos directos (de productos, suministros y mano de obra), como los costos indirectos (costos de programas y sistemas a fin de mantener y fortalecer la capacidad de los sistemas de salud existentes para proporcionar servicios anticonceptivos a usuarios actuales y nuevos). Los costos de programas y sistemas se destinan a financiar una amplia gama de actividades necesarias para proporcionar servicios anticonceptivos: gestión de programas, supervisión, capacitación del personal, educación sobre salud, seguimiento y evaluación, promoción, creación y mantenimiento del sistema de información y de sistemas de suministro de productos, y mantenimiento y ampliación de la capacidad física de los establecimientos de salud. Algunos de esos componentes reflejan actividades en curso de apoyo a los servicios, entre ellos, gestión de programas y supervisión del personal; otros, reflejan inversiones que se hacen por única vez a fin de acrecentar la capacidad de los sistemas para ofrecer atención, por ejemplo, la creación de sistemas de información y de suministro de productos.

Se efectuó una nueva estimación para 2012 de todos los componentes de costos directos (véase el Apéndice, págs. 26 y 27). Dado que se carece de estudios actualizados sobre costos de programas y sistemas, y reconociendo al mismo tiempo que las inversiones en aumentar la escala y la capacidad de los sistemas en el mundo en

desarrollo han sido relativamente pequeñas en los últimos años, hemos optado por utilizar las tasas de programas y sistemas establecidas para 2008 por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y aplicarlas a los actuales usuarios en 2012, y además, utilizamos las tasas más altas correspondientes a 2009 para calcular las estimaciones de costos indirectos de satisfacer totalmente la necesidad insatisfecha existente y mejorar los servicios para los usuarios actuales⁴¹. Este criterio es el mismo que se utilizó en el anterior informe *Haciendo Cuentas*. La información disponible sobre tendencias relativas a fondos de donantes destinados a planificación de la familia fundamenta nuestra decisión de usar esas tasas. Los datos disponibles indican que entre 2005 y 2008 hubo un aumento relativamente pequeño en el apoyo de donantes (desde 501 millones de dólares hasta 572 millones de dólares), y un aumento mayor entre 2008 y 2010 (desde 572 millones hasta un importe estimado en 882 millones de dólares)⁴². En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se partió de la hipótesis de que una tercera parte del total de los gastos para salud sexual y reproductiva sería sufragada por donantes internacionales y dos terceras partes, con cargo a fuentes nacionales, públicas y privadas. Pero el nivel del apoyo otorgado por los donantes en 2010 está lejos de aquel nivel estimado de una tercera parte de los costos generales de ofrecer servicios a los usuarios actuales (1.320 millones de dólares). Además, la discrepancia es incluso mayor en lo concerniente al cumplimiento por los donantes de las aportaciones previstas para satisfacer todas las necesidades de anticonceptivos modernos en el mundo en desarrollo (2.690 millones de dólares). La magnitud del déficit en la financiación por parte de los donantes (y la probabilidad de que el déficit en la financiación gubernamental sea también muy grande) indican que las inversiones para ampliar la capacidad de oferta de servicios anticonceptivos e información al respecto y mejorar la calidad de esos servicios han sido insuficientes para satisfacer la necesidad total de atención en cuanto a anticonceptivos modernos en el mundo en desarrollo. Reconocemos que, incluso al utilizar los índices de costos indirectos de 2009, no se llega a sufragar todas las necesidades de mejora y atención de los servicios, puesto que en las estimaciones del UNFPA se parte de la hipótesis de

que las inversiones en ampliar la escala de los sistemas de salud superando el nivel actual de financiación indirecta se prolongarían en el lapso 2009 a 2015*.

En primer lugar, presentamos los costos de proporcionar servicios en 2012 a las mujeres que están utilizando métodos modernos. Seguidamente, consideramos una hipótesis alternativa, según la cual todas las mujeres que actualmente tienen necesidad insatisfecha también utilizarían métodos modernos. Presentamos las estimaciones de costos durante el año en dólares EE.UU. de 2012 para cada una de esas dos hipótesis. También ofrecemos estimaciones actualizadas de los beneficios de salud inmediatos dimanados del uso de anticonceptivos debido a la prevención de embarazos no deseados (estimados como la suma de alumbramientos no planificados, abortos inducidos y abortos espontáneos, el nacimiento de mortinatos inclusive), de abortos realizados en malas condiciones y de defunciones de madres, de recién nacidos y de lactantes en el período posterior al nacimiento^f. Los anticonceptivos redundan en otros beneficios de salud—por ejemplo, los métodos hormonales contribuyen a prevenir el cáncer de endometrio y de ovario, y a reducir la irregularidad menstrual y los calambres menstruales; el producto inyectable acetato de medroxiprogesterona mitiga las crisis dolorosas de la enfermedad talasémica falciforme; y los condones previenen el VIH y otras infecciones de transmisión sexual—además de redundar en amplios beneficios sociales y económicos para las mujeres, las familias y la sociedad, que no se miden aquí^{10,43 a 46}.

Costos directos de proporcionar anticonceptivos modernos

Los métodos anticonceptivos modernos varían en cuanto a los requisitos de los servicios que los proporcionan. Algunos métodos requieren suministros (DIU, implantes, inyectables, píldoras, condones); otros necesitan además diferentes tipos de dispositivos para la inserción y el retiro (DIU e implantes), la provisión (productos inyectables) y los procedimientos quirúrgicos (aparatos para esterilización). Es necesario contar con personal que pueda ofrecer asesoramiento, atención clínica, provisión de métodos y seguimiento.

Los costos directos medios de proporcionar el uso de un método durante un año son más altos cuando se trata de métodos hormonales—implantes (7,75 dólares), productos inyectables (8,61 dólares) y píldoras (7,26 dólares)—y corresponde a los productos mismos la mayor parte del costo (Cuadro 3, página 14)⁴⁷. Los costos anuales más bajos corresponden a la esterilización permanente, masculina y femenina, y a la colocación del DIU, cuando se divide el costo total del método por la cantidad media

de años en que los usuarios están cubiertos por dicho método[‡]. Los costos medios directos anuales de condones masculinos se ubican en niveles intermedios entre aquellos grupos de métodos, pues ascienden a 4,17 dólares por año.

Las diferencias regionales en los costos de los productos reflejan principalmente las variaciones en los métodos ofrecidos; por ejemplo, los DIU que liberan levonorgestrel, actualmente mucho más costosos que los DIU de cobre, son aportados por donantes internacionales con destino a América Latina y el Caribe en proporciones mayores que las correspondientes a África y a Asia, de manera que los costos de los DIU en general son más altos en América Latina y el Caribe. Los costos de la mano de obra varían de un país a otro, aun cuando en el análisis se presumió que no había diferencias en la cantidad de tiempo que insume proporcionar cada método. Los costos de abastecimiento en distintas regiones son similares entre sí debido a que los datos disponibles sobre costos unitarios abarcaron la totalidad de los países en desarrollo, sin considerar las variaciones por países o regiones; por otra parte, esos costos no pueden ser idénticos debido a que las necesidades de abastecimiento difieren en algunas categorías de métodos (por ejemplo, productos inyectables que duran un mes, en comparación con otros que duran tres meses), debido también a que varía el tiempo medio de uso de un método (para DIU, implantes y esterilización) y dado que la proporción de mujeres que utilizan determinadas variantes de un método en particular difiere entre un país y otro.

*Las estimaciones de costos presentadas en este informe difieren de las de la Cumbre de Londres sobre Planificación de la Familia por diversas razones. Entre esas razones, las más importantes son: diferencias en los datos de costos indirectos utilizados; diferencias en las hipótesis relativas a costos de programas y sistemas; utilización en los cálculos del costo medio anual del uso por mujer, en comparación con la Cumbre, que utiliza gastos acumulados en el período total de ocho años (sobre la base de desembolsos totales en efectivo por cada nueva usuaria); y diferentes países incluidos en las estimaciones de costos (todos los países en desarrollo, en comparación con los 69 países más pobres; referencia 13).

†No hemos efectuado nuevas estimaciones de la discapacidad relacionada con el embarazo (DALY) que se evitaría mediante un uso cabal de anticonceptivos modernos, debido a que está en curso la elaboración de estimaciones actualizadas de discapacidad (fuente: *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2010*, <http://www.healthmetricsandevaluation.org/research/project/global-burden-diseases-injuries-and-risk-factors-2010-study>, sitio visitado el 24 de mayo de 2012).

‡Las estimaciones de costos presentadas en este informe incluyen el costo de un año de uso de anticonceptivos; el costo anual de métodos que otorgan protección durante más de un año se obtiene dividiendo el costo total de ese método por el número medio de años en que probablemente será utilizado.

CUADRO 3. Costos medios directos anuales (en dólares EE.UU. de 2012) de servicios anticonceptivos modernos*, desglosados por región y por método, 2012

Región y tipo de costo	Esterilización femenina	Esterilización masculina	DIU	Implante	Inyectable	Píldora	Condón
Total de gastos directos							
Todos los países en desarrollo	\$1,78	\$0,78	\$0,77	\$7,75	\$8,61	\$7,26	\$4,17
África	\$2,79	\$1,59	\$1,01	\$7,74	\$9,14	\$8,72	\$4,15
Asia	\$1,58	\$0,70	\$0,63	\$7,86	\$6,64	\$5,74	\$3,98
América Latina y el Caribe	\$3,02	\$1,34	\$3,80	\$7,35	\$14,58	\$10,16	\$4,94
Productos†							
Todos los países en desarrollo	na	na	\$0,17	\$6,73	\$5,02	\$4,93	\$2,72
África	na	na	\$0,12	\$6,82	\$4,90	\$5,95	\$2,43
Asia	na	na	\$0,07	\$6,91	\$4,20	\$4,07	\$2,84
América Latina y el Caribe	na	na	\$2,28	\$5,86	\$8,25	\$6,41	\$2,35
Suministros‡							
Todos los países en desarrollo	\$1,01	\$0,31	\$0,14	\$0,16	\$0,63	na	na
África	\$1,13	\$0,32	\$0,14	\$0,16	\$0,59	na	na
Asia	\$1,00	\$0,31	\$0,14	\$0,17	\$0,58	na	na
América Latina y el Caribe	\$1,13	\$0,32	\$0,15	\$0,13	\$0,90	na	na
Mano de obra§							
Todos los países en desarrollo	\$0,76	\$0,46	\$0,46	\$0,86	\$2,96	\$2,33	\$1,45
África	\$1,66	\$1,27	\$0,74	\$0,76	\$3,65	\$2,77	\$1,72
Asia	\$0,59	\$0,39	\$0,41	\$0,78	\$1,86	\$1,67	\$1,14
América Latina y el Caribe	\$1,89	\$1,02	\$1,37	\$1,36	\$5,44	\$3,75	\$2,59

*Se han ponderado los costos según las cantidades correspondientes a cada país de usuarios actuales de cada método en 2012, distribuidos entre tipos específicos para cada categoría de método, sobre la base de la distribución de anticonceptivos indicada en *Reproductive Health Interchange* para el país en el lapso 2009–2011. Los costos correspondientes a métodos permanentes y de acción a largo plazo se convierten en costos anuales dividiendo el total de los costos por el número medio de años de uso previsto, sobre la base de los factores de conversión que emplea la USAID: DIU de cobre, 4,6 años de uso; DIU con levonorgestrel, 3,3 años; implante *Implanton*, 2,5 años; implante *Sino-Implant*, 3,2 años; implante *Jadelle*, 3,8 años; y esterilización, 13 años en Bangladesh, la India y el Pakistán y 10 años en otros países en desarrollo (fuente: USAID, *Couple Years of Protection* (CYP), sin fecha, <http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/cyp.html>, sitio visitado el 6 de mayo de 2012). †Hemos partido de la hipótesis de que los usuarios necesitan cada año cuatro inyecciones de tres meses de duración, 13 inyecciones de un mes de duración, 14 ciclos de píldora o 77 condones. ‡Los suministros abarcan: guantes, antisépticos, anestesia local, jeringas, suturas y vendajes. §Los costos de mano de obra (agente de salud comunitario, enfermera/partera, médico general, obstetra) abarcan el asesoramiento sobre planificación de la familia, la prevención de las ITS y el VIH y de la violencia por motivos de género; los reconocimientos físicos; los procedimientos anticonceptivos; y las visitas de seguimiento y reposición de productos y suministros.

Fuente: referencia 47.

Costos de servicios anticonceptivos para usuarios actuales en 2012

El costo total de los servicios anticonceptivos en 2012 para los 645 millones de usuarios actuales de métodos modernos en el mundo en desarrollo se estima en 4.000 millones de dólares por año⁴⁷. Los costos directos ascienden a 2.000 millones de dólares, lo cual incluye los costos de productos y suministros (1.200 millones de dólares) y mano de obra (700.000 dólares; Cuadro 4, página 15 y Gráfico 4, página 16)⁴⁷. Se estima que en 2012 los costos de programas y sistemas ascienden a 2.000 millones de dólares para todos los actuales usuarios en el mundo en desarrollo e incluyen gastos relacionados con la provisión de anticonceptivos en general, en lugar de los métodos en sí mismos. Esos gastos van desde los de supervisión y capacitación del personal, educación sobre planificación de la familia y promoción, hasta los de construcción de establecimientos, preparación de sistemas logísticos y administración.

En 2012, el gasto medio anual por usuario, considerando todos los usuarios de métodos modernos en el mundo en desarrollo, se estima en 6,15 dólares, lo cual incluye costos tanto directos como indirectos⁴⁷. En 2008, el costo por usuario era algo inferior, 5,13 dólares (no se muestra), debido en parte a la inflación y también a que en 2011 se dispuso de mejores datos sobre costos de los productos, pero posiblemente también debido a que hubo alguna transición hacia métodos más costosos; no obstante, el desglose proporcional por componente de costo es en 2008 similar al de 2012. En 2012, el costo medio de prestar servicios a los usuarios de métodos modernos es en Asia (4,35 dólares por usuario) inferior al del mundo en desarrollo considerado en su conjunto, y el costo medio por usuario en África y en América Latina y el Caribe es casi el doble del promedio general, o superior (11,26 dólares y 14,46 dólares por usuario, respectivamente).

CUADRO 4. Total de costos y costo medio por usuario en el mundo en desarrollo de proporcionar servicios anticonceptivos a actuales usuarios de métodos modernos, y de proporcionar mejores servicios a todas las mujeres necesitadas de métodos modernos, por componente de costos y por región principal, 2012

Componente de costos	Costo del uso actual de métodos modernos	Costo de proporcionar mejores servicios a todas las mujeres necesitadas de métodos modernos		
		Usuarías actuales	Mujeres con necesidad insatisfecha	Total
Número de usuarios (millones)	645	645	222	867
Costo para todos los usuarios (millones de dólares EE.UU.)				
Total de costos directos	\$1.972	\$1.972	\$978	\$2.949
Productos	\$947	\$947	\$573	\$1.520
Suministros	\$292	\$292	\$71	\$363
Mano de obra	\$733	\$733	\$334	\$1.066
Costos de programas y sistemas	\$1.994	\$3.115	\$2.008	\$5.122
Total de costos por región	\$3.966	\$5.086	\$2.985	\$8.072
África	\$576	\$1.404	\$1.543	\$2.947
Asia	\$2.237	\$2.456	\$1.066	\$3.522
América Latina y el Caribe	\$1.152	\$1.226	\$377	\$1.603
69 países más pobres	\$1.408	\$2.012	\$2.088	\$4.100
Costo medio por usuario (dólares EE.UU.)				
Total de costos directos	\$3,06	\$3,06	\$4,42	\$3,40
Productos	\$1,47	\$1,47	\$2,59	\$1,75
Suministros	\$0,45	\$0,45	\$0,32	\$0,42
Mano de obra	\$1,14	\$1,14	\$1,51	\$1,23
Costos de programas y sistemas	\$3,09	\$4,83	\$9,07	\$5,91
Costo por usuario y por región	\$6,15	\$7,88	\$13,49	\$9,31
África	\$11,26	\$27,46	\$26,40	\$26,90
Asia	\$4,35	\$4,77	\$7,61	\$5,38
América Latina y el Caribe	\$14,46	\$15,39	\$16,51	\$15,64
69 países más pobres	\$5,58	\$7,97	\$12,88	\$9,89

Fuente: referencia 47,

Las variaciones en el tamaño de la población, en la combinación de métodos anticonceptivos y en la prevalencia del uso, junto con las de los costos por usuario, arrojan diferentes proporciones regionales respecto de los costos totales: corresponde a Asia un total de 2.200 millones de dólares, más de la mitad del costo total de servicios anticonceptivos en el mundo en desarrollo en 2012 (56%, en comparación con 29% en América Latina y el Caribe y 15% en África); y corresponde a los 69 países más pobres un 36% del total de los costos (no se muestra)⁴⁷.

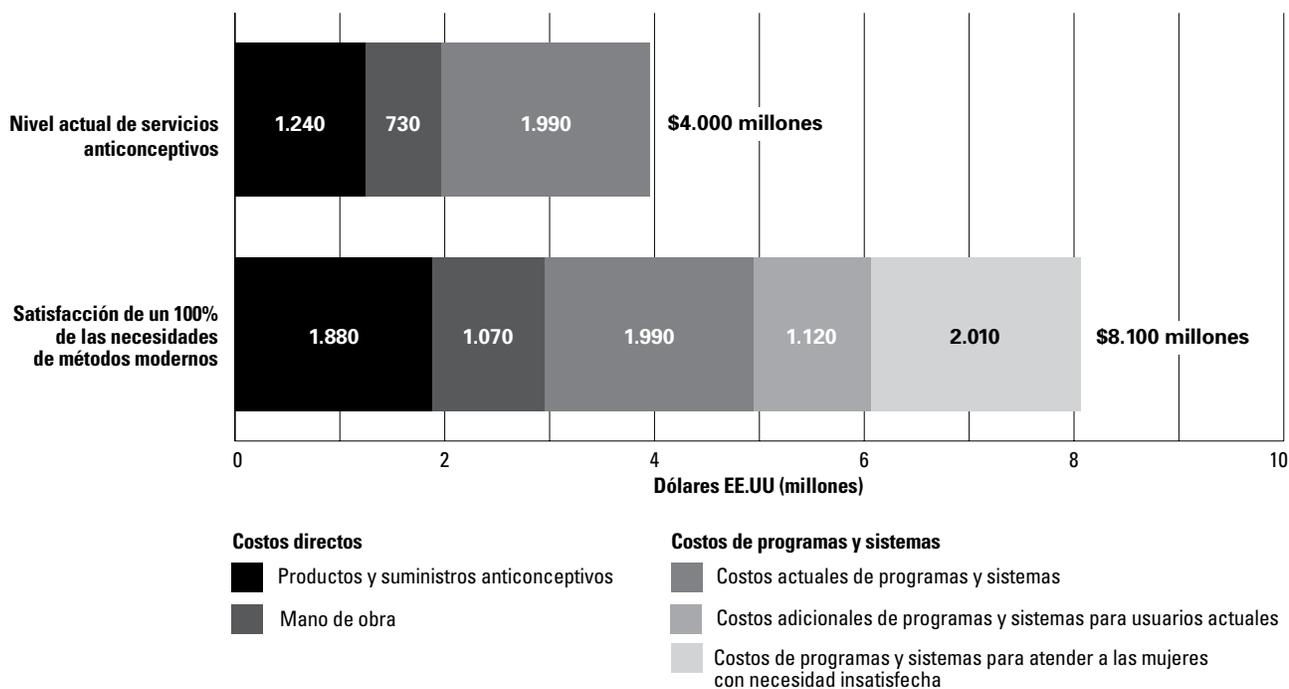
Costo de proporcionar servicios anticonceptivos modernos de alta calidad a todos quienes los necesitan

Al calcular las proyecciones de los costos de satisfacer totalmente las necesidades de anticonceptivos modernos, hemos incluido en la estimación del total el costo de ampliar la capacidad de los sistemas de salud para

proporcionar servicios anticonceptivos a mayor cantidad de usuarios, así como el costo de mejorar la calidad de dichos servicios anticonceptivos para todos quienes los necesitan, tanto usuarios actuales como mujeres que tienen necesidad insatisfecha. A fin de estimar los costos en esta hipótesis de satisfacción total de las necesidades, nos hemos basado en un nivel estimativo de costos de programas y sistemas superior al nivel resultante de las hipótesis actuales⁴¹. Para el mundo en desarrollo, considerado en su conjunto, se estima que actualmente los costos de programas y sistemas ascienden a un 50% de los costos totales y para la hipótesis de satisfacción total esos costos aumentarían hasta un 63%. En la hipótesis de satisfacción total de las necesidades suponemos que algunas inversiones adicionales en programas y sistemas también mejorarían la calidad de la atención dispensada a quienes actualmente usan métodos modernos.

La mejora en la provisión de servicios anticonceptivos

GRÁFICO 4. Proporcionar anticonceptivos modernos a todos quienes los necesitan en 2012 requeriría un aumento de 4.100 millones de dólares en los costos actuales.



Fuente: referencia 47.

para quienes actualmente utilizan métodos modernos, así como para posibles nuevos usuarios, es imprescindible para que todas las mujeres actualmente necesitadas de anticonceptivos modernos superen las barreras con que tropiezan para obtener y utilizar eficazmente esos métodos. Entre las esferas en que es necesario introducir mejoras figuran las siguientes: la cantidad y la accesibilidad de las fuentes de servicios y suministros de anticonceptivos modernos; la logística del suministro de productos y de la circulación de esos productos hacia los establecimientos y los encargados de servicios comunitarios; las opciones entre los diversos métodos ofrecidos; la accesibilidad del costo de los servicios; la capacitación de los agentes de salud y de otros participantes en la provisión de esos servicios; la disponibilidad de servicios de calidad, inclusive asesoramiento y seguimiento (incorporando el respeto a los clientes, la preservación del carácter confidencial y las actitudes imparciales de los encargados de ofrecer servicios); y los programas de información, educación y comunicación. También es necesario contar con estrategias creativas y eficaces para proporcionar servicios de planificación de la familia a mujeres y parejas residentes en zonas rurales, particularmente donde los servicios de salud son insuficientes o no existen. Otro importante medio de mejorar los servicios anticonceptivos es intensificar las acciones para integrar la atención anticonceptiva en la

provisión de otros servicios conexos, como los de salud materna, VIH/SIDA y los dedicados a otras ITS e infecciones del aparato reproductor—en los establecimientos donde se proporciona esa atención—.

Si se mejorara la provisión de servicios anticonceptivos en beneficio de mujeres que actualmente usan métodos anticonceptivos modernos en el mundo en desarrollo, se agregarían 1.100 millones de dólares a los actuales costos de 4.000 millones de dólares, es decir, el costo total sería de 5.100 millones de dólares (Cuadro 4)⁴⁷. Proporcionar métodos anticonceptivos modernos con mejores servicios a todas las mujeres con necesidad insatisfecha en 2012 costaría, según se estima, 3.000 millones de dólares. El total del costo de satisfacer plenamente la necesidad de anticonceptivos de todas las mujeres del mundo en desarrollo ofreciendo servicios apropiados sería, por consiguiente, 8.100 millones de dólares por año. Debido a que la necesidad insatisfecha se concentra en África y en países de bajos ingresos de otras regiones, y debido a que los costos de programas y sistemas son más altos en las partes del mundo donde son mayores las necesidades de fomento de la capacidad, si se satisficieran totalmente las necesidades de anticonceptivos, esto redundaría en un gran cambio en la proporción relativa de costos totales correspondientes a las tres regiones principales: la proporción del total de costos correspondiente a África

aumentaría desde 15% hasta 35%, la proporción de Asia disminuiría desde 56% hasta 44%, y la proporción de América Latina y el Caribe se reduciría desde 29% hasta 20% (no se muestra). La proporción total de costos correspondiente a los 69 países más pobres aumentaría desde 36% hasta 51%.

El costo medio por usuario en el mundo en desarrollo considerado en su conjunto aumentaría desde 6,15 dólares hasta 9,31 dólares, en respuesta a las grandes mejoras en la provisión de los servicios⁴⁷. El costo por usuario aumentaría en pequeñas cantidades allí donde los sistemas ya son integrales y, si bien las mejoras son necesarias, no son costosas. El costo medio anual por usuario aumentaría desde 4,35 dólares hasta 5,38 dólares en Asia y desde 14,46 dólares hasta 15,64 dólares en América Latina y el Caribe. Debido a las mayores necesidades existentes en África de ampliación y mejoras en todos los sistemas, el aumento en esta región sería mucho mayor (desde 11,26 dólares por usuario para los usuarios actuales hasta 26,90 dólares por usuario en la hipótesis de satisfacción total de las necesidades). En los 69 países más pobres, el costo medio aumentaría en una proporción similar—desde 5,58 dólares hasta 9,89 dólares por usuario—aunque el nivel absoluto seguiría siendo bajo debido a que las mujeres del Asia meridional, donde los costos medios son relativamente bajos, constituyen más de la mitad de las mujeres necesitadas en los 69 países más pobres.

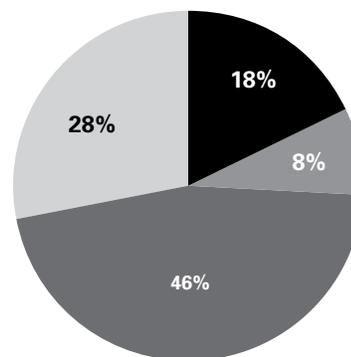
Reducir la cantidad de embarazos no deseados proporcionando servicios anticonceptivos

Hemos realizado el cálculo estimativo de los efectos del uso de anticonceptivos modernos en cuanto a reducir la cantidad de embarazos no deseados, adoptando tres hipótesis distintas con respecto a la provisión de servicios: uso de ningún método moderno, niveles actuales de uso de anticonceptivos modernos y total uso de métodos modernos por todas las mujeres necesitadas (es decir, las usuarias actuales y además las que actualmente tienen necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos). También hemos estimado para cada una de las hipótesis la cantidad de embarazos no deseados que terminarían en aborto inducido, en alumbramiento no planificado o en aborto espontáneo. Los abortos realizados en malas condiciones son motivo de particular preocupación, dado que entrañan un riesgo particularmente alto de consecuencias perjudiciales.

Según se estima, en 2012 habrá en el mundo en desarrollo 80 millones de embarazos no deseados como resultado de la falla de los anticonceptivos o la falta de uso de anticonceptivos por parte de las mujeres que no

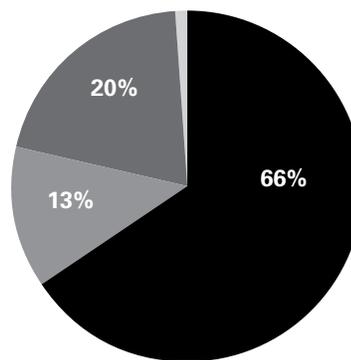
GRÁFICO 5. Las mujeres con necesidad insatisfecha constituyen un 26% de quienes desean evitar un embarazo en 2012, pero representarán un 79% de los embarazos no deseados.

% de mujeres necesitadas de anticonceptivos



867 millones de mujeres

% de embarazos no deseados



80 millones de embarazos no deseados

Necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos

- No usan ningún anticonceptivo
- Usan métodos tradicionales

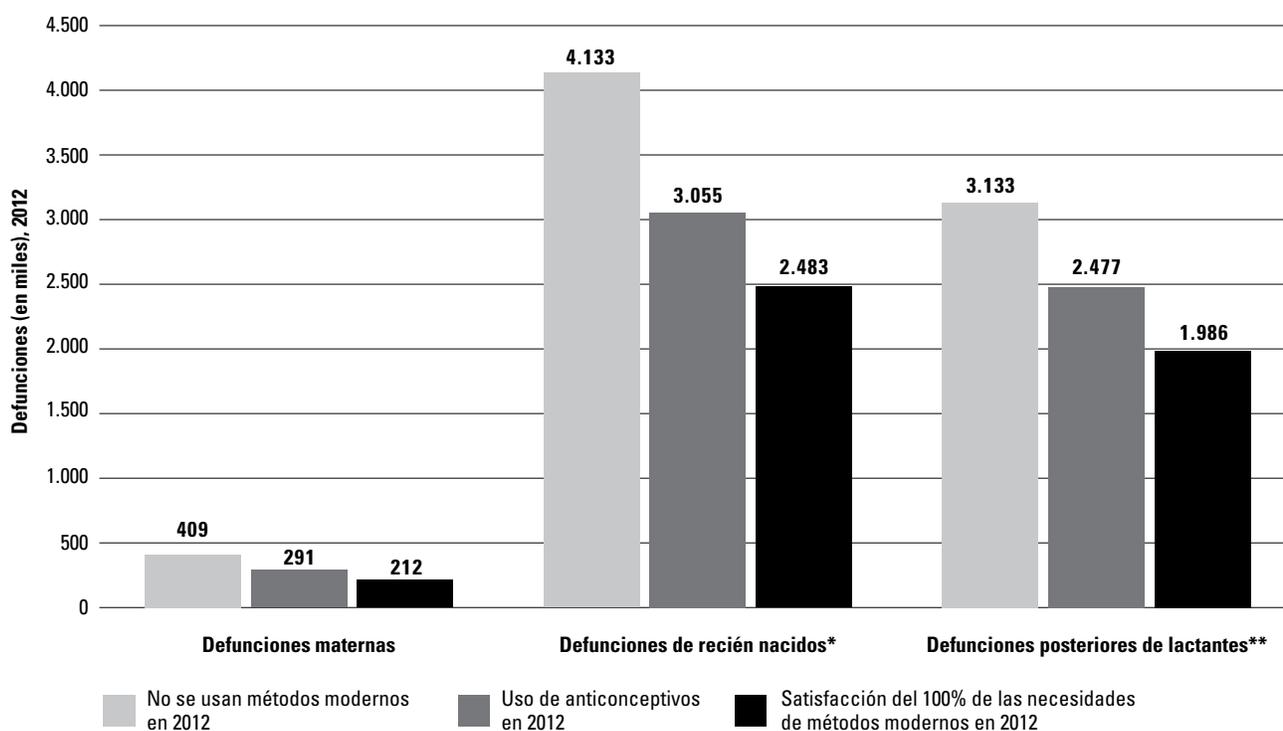
Uso actual de métodos modernos

- Métodos modernos reversibles
- Esterilización

Fuentes: referencias 27 y 48.

quieren embarazo a corto plazo⁴⁸. Esos embarazos redundarán en 30 millones de alumbramientos no planificados, 40 millones de abortos inducidos y 10 millones de abortos espontáneos. Por otra parte, las cantidades serían mucho más altas si los 645 millones de mujeres que utilizan anticonceptivos modernos en el mundo en desarrollo no hubieran usado ningún método anticonceptivo. En comparación con esta hipótesis de falta de uso, en 2012 el uso de métodos modernos prevendrá 218 millones de embarazos

GRÁFICO 6. El uso de anticonceptivos modernos previene defunciones de madres y lactantes.



*Neonatal (hasta 28 días después del nacimiento) ** Posneonatal (entre 28 días y un año después del nacimiento). Fuente: referencia 50.

no deseados, incluidos 55 millones de alumbramientos no planificados, 138 millones de abortos inducidos (de los cuales, 40 millones habrían sido realizados en malas condiciones) y 25 millones de abortos espontáneos.

En 2012, de los 80 millones de embarazos no deseados en los países en desarrollo, la mayoría—63 millones—ocurrirán entre los 222 millones de mujeres con necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos^{27,48}. Esto significa que, aun cuando este grupo constituye un 26% del total de mujeres que quieren evitar un embarazo, corresponde a él un 79% de los embarazos no deseados (Gráfico 5, página 17)^{27,48}. Si esas mujeres utilizaran la misma combinación de métodos modernos que las mujeres en condiciones similares del mismo país que actualmente usan métodos modernos, se obtendrían los siguientes resultados:

- aumentaría en 50 millones la cantidad de mujeres en el mundo en desarrollo que dependerían de la esterilización: 48 millones de mujeres tendrían una ligadura de trompas y dos millones tendrían compañeros sexuales que tuvieron una vasectomía;
- aumentaría en unos 32 millones la cantidad de mujeres que utilizarían métodos a largo plazo: 29 millones utilizarían DIU y tres millones, implantes;

- aumentaría en 34 millones la cantidad de mujeres que utilizarían productos inyectables;
- habría un incremento de 54 millones en la cantidad de mujeres que utilizarían anticonceptivos orales; y
- se incrementaría en 52 millones la cantidad de mujeres que dependerían de los condones (51 millones) u otros métodos suministrados (un millón) como principal método anticonceptivo.

Si se lograra una efectiva satisfacción de todas las necesidades de anticonceptivos modernos, disminuiría el número de embarazos no deseados en dos terceras partes, desde 80 millones hasta 26 millones⁴⁸. Los 54 millones de embarazos no deseados que se evitarían redundarían en lo siguiente:

- una reducción de 26 millones en el número de abortos inducidos (es decir, de 40 millones a 14 millones), incluidos 16 millones menos de abortos realizados en malas condiciones;
- una disminución de 21 millones en los alumbramientos no planificados (desde 30 millones hasta nueve millones); y
- una disminución de siete millones en los abortos espontáneos (desde 10 millones hasta tres millones).

En esas estimaciones se presume que, en una hipótesis de satisfacción total de las necesidades, permanecería constante la proporción actual de fallas de anticonceptivos, al igual que la actual combinación de métodos utilizados por las mujeres en cada país, según su condición en cuanto al matrimonio y la procreación. Por otra parte, las mejoras en la provisión y la calidad de los servicios anticonceptivos probablemente acrecentarían esos adelantos, al ayudar a mayor cantidad de mujeres y parejas a utilizar de manera correcta y continua sus métodos. Además, cualquier transición hacia métodos modernos más eficaces (por ejemplo, desde la píldora anticonceptiva hacia el DIU) también redundaría en una mayor reducción de los embarazos no deseados.

Prevenir defunciones

Los beneficios de practicar la anticoncepción son amplios y abarcan resultados de índole social, económica y de salud, dimanados de la posibilidad de que las mujeres y las parejas logren tener familias más pequeñas, de conformidad con sus aspiraciones, que puedan elegir el momento del embarazo de manera compatible con sus vidas y que puedan ofrecer a sus hijitos las mejores posibilidades de salud y bienestar. Cuando hay al menos un intervalo de dos años entre un alumbramiento y el embarazo siguiente, disminuyen en 13% las defunciones de niños menores de cinco años; cuando el intervalo es de tres años, la disminución es de 25%⁴⁹. Por otra parte, teniendo en cuenta los datos disponibles, este informe ofrece estimaciones actualizadas de solamente los resultados que dimanan directamente de evitar los embarazos no deseados: los atinentes a defunciones de madres y lactantes.

En 2012, según se estima, en los países en desarrollo perderán la vida 291.000 mujeres por causas relativas al embarazo; de esas mujeres, 104.000 habrán tenido un embarazo no deseado (Gráfico 6, página 18)⁵⁰. El uso de métodos modernos en el mundo en desarrollo en 2012 prevendrá, según se estima, 118.000 defunciones de madres, en comparación con la hipótesis de que ninguna mujer utilice anticonceptivos modernos. Si se satisficieran todas las necesidades actuales de anticonceptivos modernos, así se reducirían en el mundo en desarrollo las defunciones relacionadas con el embarazo en 79.000. De esta reducción, la mayor parte—una merma de 48.000 defunciones maternas—ocurriría en África al sur del Sahara, la región donde son más altos los niveles de mortalidad derivada de la maternidad y de necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. Al satisfacer la totalidad de las necesidades de anticonceptivos modernos en el Asia meridional se obtendría una reducción de las defunciones maternas estimada en 21.000, cantidad sobre la

que influyen factores como el tamaño de la población de la región y sus niveles relativamente altos de mortalidad materna y de necesidad insatisfecha.

En 2012, de los 121,6 millones de niños nacidos de madres residentes en países en desarrollo, 3,1 millones morirán dentro de un plazo de 28 días después de su nacimiento (defunciones neonatales o de recién nacidos) y otros 2,5 millones morirán antes de cumplir un año de edad (defunciones posneonatales o tardías de lactantes). Aproximadamente 800.000 defunciones de recién nacidos y 600.000 defunciones tardías de lactantes estarán asociadas con embarazos no deseados⁵⁰. Actualmente, el uso de anticonceptivos modernos impide, según se estima, 1,1 millón de muertes de recién nacidos y 700.000 defunciones tardías de lactantes, en comparación con las cantidades que habrían ocurrido si ninguna mujer utilizara anticonceptivos modernos. En comparación con los niveles de 2012, si estuvieran satisfechas todas las necesidades de métodos modernos, se reducirían en 600.000 las defunciones de recién nacidos y en 500.000 las defunciones tardías de lactantes.

Relación costo/eficacia de los servicios anticonceptivos

Tomando en cuenta el costo de proporcionar servicios a todas las mujeres necesitadas de métodos modernos en el mundo en desarrollo en 2012 (8.100 millones de dólares), y también la cantidad de embarazos no deseados que se evitarían como resultado de esos gastos (272 millones), según se estima, costaría 30 dólares la prevención de cada embarazo no deseado. En nuestro análisis para 2008, habíamos estimado que cada dólar invertido en avanzar desde los niveles existentes de uso de métodos modernos hacia la hipótesis de completa satisfacción de todas las necesidades, ahorraría 1,40 dólar de costos de atención de la salud materna y neonatal¹¹. A ese nivel, el gasto en 2012 de 4.000 millones de dólares para los usuarios actuales de métodos modernos ahorra aproximadamente 5.600 millones de dólares en servicios de salud materna y neonatal solamente y si se gastara un importe adicional de 4.100 millones de dólares para sufragar servicios de anticonceptivos modernos que satisficieran completamente las necesidades de todas las mujeres, se ahorrarían aproximadamente 5.700 millones de dólares más, y el total economizado sería de 11.300 millones de dólares.

Conclusiones e implicaciones

La satisfacción de las necesidades de anticonceptivos de mujeres y hombres depende de una suficiente provisión de suministros y de la disponibilidad de servicios de alta calidad. En este informe se ofrecen estimaciones para 2012 de los niveles de uso actual y de necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos en el mundo en desarrollo, y se cuantifican los costos de proporcionar atención con anticonceptivos modernos a todos quienes deseen evitar un embarazo. Contar con estimaciones actualizadas es importante para el seguimiento del progreso y la determinación de los aspectos en que es necesario corregir el curso de acción, por ejemplo, intensificando las actividades generales, acrecentando el apoyo en regiones o subregiones que experimentan dificultades, o ajustando los objetivos de políticas y programas.

La cantidad de mujeres del mundo en desarrollo que utilizan anticonceptivos modernos ha tenido pocas variaciones después de 2008. Correlativamente, la cantidad de mujeres con necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos se ha mantenido constante^{27,28}. Esas constataciones indican que es necesario ampliar las actividades para acelerar el progreso hacia un mayor acceso y estar en mejores condiciones de satisfacer las necesidades de las mujeres en materia de anticonceptivos modernos dentro de lapsos razonables. Esto es especialmente cierto con respecto a los grupos de mujeres que tropiezan con mayores barreras para obtener y usar efectivamente anticonceptivos modernos. Los niveles más altos de necesidad insatisfecha suelen encontrarse entre las mujeres pobres, menos educadas, solteras, o residentes en zonas rurales o periurbanas, con escaso acceso a los servicios; para esos grupos, es menester intensificar las tareas de difusión y contar con enfoques culturalmente apropiados^{37,51}.

A fin de satisfacer eficazmente las necesidades de las mujeres, es preciso que los gobiernos y otros interesados directos allanen las dificultades planteadas por diversos factores, entre ellos leyes, políticas, sistemas de provisión de servicios y prácticas que obstan en gran medida al acceso a servicios anticonceptivos y su utilización. A nivel de programas, es necesario mejorar la oferta de servicios anticonceptivos en varias esferas, entre ellas, intensificar las acciones para integrar los servicios de planificación de la familia en la provisión de otros servicios de salud sexual y

reproductiva, mantener los suministros locales de diversos métodos, crear capacidad de provisión de servicios, mejorar la calidad de la atención y asegurar el mayor acceso a servicios y suministros. Es importante que los planificadores y los encargados de los servicios tengan presente que, hasta cierto punto, la necesidad insatisfecha es una meta dinámica; podría aumentar a medida que aumenta la cantidad de mujeres que adoptan métodos anticonceptivos modernos, porque las preferencias en materia de fecundidad siguen evolucionando y tienden a favorecer las familias más pequeñas; al mismo tiempo, sigue intensificándose el deseo de elegir el momento de tener hijos. La necesidad de proporcionar servicios de calidad es continua y debe integrarse plenamente en las políticas, los presupuestos y los sistemas de adquisición y distribución de suministros de un país, puesto que cada nueva cohorte de mujeres que ingresan en la etapa de procreación necesita información, educación, asesoramiento y servicios anticonceptivos.

La necesidad generalizada de una atención de mejor calidad—inclusive mejor asesoramiento sobre anticonceptivos y mejor educación pública—se pone en evidencia en los estudios que muestran que las preocupaciones acerca de problemas de salud y otros efectos secundarios de los métodos, así como las relaciones sexuales infrecuentes y el amamantamiento, son las razones más comúnmente aducidas por las mujeres para no usar o discontinuar el uso de anticonceptivos^{37,38,51}. Al mismo tiempo, es necesario prestar mayor atención e intensificar el apoyo a la elaboración de nuevos métodos anticonceptivos que satisfagan mejor las necesidades de mujeres y hombres en el mundo en desarrollo, a fin de asegurar que tengan acceso a métodos adecuados a las circunstancias de sus vidas y a sus preferencias³⁷.

Además, se necesitan intervenciones “más amplias que la planificación de la familia propiamente dicha” y abordar factores sociales que inhiben el uso de anticonceptivos modernos. Entre esas barreras cabe mencionar las escasas facultades de adoptar decisiones que tiene la mujer en la familia, las diferentes preferencias sobre fecundidad entre los miembros de la pareja, las creencias religiosas y actitudes contrarias a los anticonceptivos modernos (entre las mujeres y en las comunidades), además del estigma adscrito a la actividad sexual de las mujeres

no casadas y al uso por ellas de servicios anticonceptivos. Para abordar las barreras de esos tipos es menester un compromiso en pro de intervenciones amplias a largo plazo, como ofrecer educación integral sobre la sexualidad y emprender campañas de educación pública bien ideadas y en gran escala⁵². El alto grado de dependencia respecto de los anticonceptivos a largo plazo en los países en desarrollo plantea la necesidad de que los responsables políticos y los encargados de los servicios se abstengan de ejercer presión sobre posibles usuarios y aseguren que se ofrezca a las mujeres y los hombres una gama de métodos modernos; y además, aseguren que las mujeres que usan métodos reversibles a largo plazo, como DIU e implantes, tengan acceso a servicios imparciales y competentes de remoción de esos elementos.

Evidentemente, es imprescindible enjugar el déficit en la financiación para lograr las múltiples mejoras necesarias en la provisión de servicios anticonceptivos. En el presente informe se proporcionan estimaciones actualizadas del nivel de financiación necesario para mejorar los servicios dispensados a los usuarios actuales y, al mismo tiempo, satisfacer adecuadamente las necesidades de todas las mujeres actualmente necesitadas que no usan anticonceptivos modernos. En 2012, el costo de proporcionar servicios y suministros anticonceptivos a los 645 millones de mujeres que actualmente están utilizando métodos modernos en el mundo en desarrollo se estima en 4.000 millones de dólares. Proporcionar servicios adecuados a los 867 millones de mujeres residentes en países en desarrollo que desean evitar un embarazo (tanto usuarias como no usuarias de métodos modernos)—una tarea que requiere inversiones sustanciales para ampliar la capacidad de los servicios y mejorar la calidad de la atención—costaría en 2012 la suma de 8.100 millones de dólares. Como ocurre en la actualidad, los costos de mejorar los servicios anticonceptivos y llegar a todas las mujeres que los necesitan serían sufragados conjuntamente por los gobiernos nacionales, los organismos donantes y los hogares, y no dependerían de una determinada fuente de financiación en particular.

Es importante que los gobiernos de países en desarrollo asignen alta prioridad a proporcionar servicios anticonceptivos de alta calidad y acrecentar el acceso equitativo a esos servicios. El rápido progreso registrado en Rwanda en los últimos años en cuanto a acrecentar el uso de anticonceptivos (como se indica en el Gráfico 2) es un buen ejemplo de la diferencia que puede lograrse mediante intensas acciones gubernamentales a fin de mejorar el acceso a la atención de la salud en los países, asignando alta prioridad a la planificación de la familia⁵³. Cuando hay un claro compromiso asumido por los gobiernos, así no solamente se aúna el apoyo de los principales interesados directos

dentro del país, sino que, además, es posible fortalecer y apalancar más las contribuciones de organismos externos. Entre las pruebas objetivas de la mayor prioridad asignada figuran establecer y financiar partidas presupuestarias especiales con destino a servicios anticonceptivos o para el conjunto más amplio de servicios de salud sexual y reproductiva, y asegurar que esos métodos estén a disposición de las mujeres más necesitadas. La asignación apropiada de recursos humanos y financieros dentro del sistema general de salud tiene importancia crítica para ayudar a las mujeres y las parejas a alcanzar sus objetivos en materia de reproducción y también es importante que los altos funcionarios gubernamentales den pruebas públicamente de su apoyo a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos.

A medida que se vayan aportando recursos adicionales, pasará a tener importancia crítica seguir la pista al progreso hacia la satisfacción de las necesidades de las mujeres en materia de anticonceptivos, medida imprescindible para ir corrigiendo, según sea necesario, el curso de la realización de actividades. También es imprescindible asegurar la rendición de cuentas sobre la utilización de los recursos. Para el rastreo y el seguimiento de esos gastos será necesario recopilar datos de particulares, fuentes de servicios, establecimientos de salud y sistemas de salud, a escala subnacional, nacional, regional y mundial.

Para establecer un seguimiento apropiado, ponerlo en práctica y mantenerlo a largo plazo, es necesario que los donantes y los gobiernos estén dispuestos a efectuar inversiones en la recopilación de datos básicos de referencia y en sistemas para continuar recopilando datos y procesando análisis, a fin de asegurar una adecuada provisión de servicios de calidad.

- Entre los indicadores imprescindibles a nivel individual figuran: la cantidad de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos modernos y la proporción que representan esas mujeres respecto del total de mujeres necesitadas, la utilización sistemática y correcta y la continuidad en el uso de esos anticonceptivos, las razones de que haya necesidad insatisfecha y de que se discontinúe el uso, las características de los usuarios a fin de asegurar que se satisfagan las necesidades de grupos vulnerables, como mujeres jóvenes no casadas, mujeres pobres y mujeres residentes en zonas rurales, y que se reduzcan las inequidades en los conocimientos y el grado de acceso, además del desigual grado de satisfacción con la calidad de los servicios, y también asegurar que todas las mujeres y todos los hombres estén en condiciones de efectuar opciones voluntarias acerca de la planificación de la familia.

- A fin de efectuar el seguimiento de los encargados de servicios y los establecimientos donde se ofrecen los servicios, es necesario recopilar sistemáticamente diversos indicadores, entre ellos la cantidad de personal y su nivel de capacitación, la gama de métodos ofrecidos, la continuidad y coherencia con que se suministran productos anticonceptivos y la calidad de la atención.
- A nivel de los sistemas de salud, se necesitan indicadores para medir las cantidades y los tipos de lugares donde se ofrecen servicios, la eficiencia de los sistemas en cuanto a la provisión de una corriente sostenida y suficiente de productos anticonceptivos, la cuantía de la financiación asignada y gastada en servicios anticonceptivos, y la rendición de cuentas respecto del uso de los fondos.

Aun cuando la fijación de metas cuantitativas para mejorar la planificación de la familia puede contribuir a ofrecer incentivos a fin de alcanzar los objetivos, es necesario que los responsables políticos y los administradores de programas tengan presente de qué manera se expresan los objetivos y de qué manera se los interpreta en todo el sistema de prestación de servicios, adoptando precauciones para que el uso de esas metas como hitos del desempeño nunca tenga primacía sobre la provisión de servicios de atención de la familia de buena calidad y la promoción del carácter voluntario de las opciones por parte de los usuarios de los métodos.

Además, un verdadero éxito debería medirse, en última instancia, en términos de importantes resultados de salud, entre ellos un mejor espaciamiento de los nacimientos, reducciones en los embarazos en la adolescencia y los alumbramientos precoces y reducciones en las cantidades de embarazos no deseados y de abortos realizados en malas condiciones, todo ello conducente a mejorar la salud materna y la supervivencia infantil.

Los adelantos dimanados de satisfacer las necesidades de anticonceptivos de todas las mujeres del mundo en desarrollo compensan con creces los costos financieros. Las grandes reducciones en la cantidad de embarazos no deseados—54 millones por año—que se lograrían si las mujeres con necesidad de insatisfecha utilizaran métodos anticonceptivos modernos, irían acompañadas de notables mejoras en la salud de las mujeres, reducciones en las cantidades de defunciones maternas y ahorros debido a los menores costos de atención de la salud materna y neonatal. También habría otros beneficios adicionales, pues mejoraría la condición de la mujer y su papel en la sociedad y aumentaría el bienestar económico de los hogares. Cabe esperar que las nuevas pruebas empíricas ofrecidas en el presente informe motiven a los donantes, a los gobiernos

de países en desarrollo, a los encargados de servicios de salud y a las entidades de la sociedad civil, y que los impulsen a efectuar contribuciones mucho mayores a fin de mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las parejas en el mundo en desarrollo.

Apéndice: Metodología y fuentes de datos

En el presente informe se ofrecen nuevas estimaciones para los países en desarrollo correspondientes a 2012, sobre la base de estudios anteriores que midieron la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos, los costos de satisfacer esa necesidad y los efectos sobre la salud de dicha satisfacción, para 2003^{54,55} y para 2008^{11,28}.

En los tres informes se utilizaron metodologías comparables entre sí, aun cuando los datos, en su mayoría, se actualizaron:

- Hemos aplicado los datos más recientes disponibles sobre las proporciones de mujeres de 15 a 49 años residentes en países en desarrollo y necesitadas de anticonceptivos y que los están utilizando, en comparación con las poblaciones totales de mujeres de 15 a 49 años en 2012, con el propósito de efectuar estimaciones de los niveles de uso de los métodos y de necesidad insatisfecha. (Utilizar las estimaciones más recientes de las necesidades y los usos coincide con el enfoque empleado en los anteriores análisis del informe *Haciendo Cuentas*, así como con los empleados por las Naciones Unidas en sus cálculos estimativos del uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha en todo el mundo²⁴).
- Los resultados de otros análisis sugieren que esas estimaciones proporcionan un panorama fidedigno de la situación en 2012 debido a que, según las proyecciones, entre 2008 y 2012 hubo en los países en desarrollo muy escaso aumento en la prevalencia del uso de anticonceptivos*.
- Para estimar el uso de métodos, en caso de que las mujeres con necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos en 2012 utilicen todas ellas métodos modernos, hemos supuesto que adoptarían los distintos tipos de métodos en la misma proporción en que lo han hecho las usuarias actuales en su respectivo país con la misma situación matrimonial y las mismas intenciones respecto de la fecundidad.
- Hemos estimado la cantidad de embarazos no deseados en 2012, la suma de alumbramientos no planificados, sobre la base de la cantidad total de nacimientos en 2012 y la información proveniente de encuestas sobre proporciones de alumbramientos no planificados, abortos inducidos, estimaciones de las tasas de abortos de 2008

aplicadas a la cantidad de mujeres en 2012, y estimaciones de abortos espontáneos tras los embarazos no deseados.

- Hemos estimado la cantidad de embarazos no deseados que serían evitados si todas las mujeres con necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos usaran métodos modernos, comparando las actuales cantidades de embarazos no deseados entre las mujeres con necesidad insatisfecha de métodos modernos, con las cantidades que existirían si para las nuevas usuarias las correspondientes a las tasas de uso y de fracaso de determinados métodos fueran iguales a las correspondientes a las usuarias actuales.
- Hemos calculado la distribución de los embarazos no deseados evitados en alumbramientos no planificados, abortos inducidos y abortos espontáneos, sobre la base de la distribución subregional en 2012 de los embarazos no deseados.
- Las estimaciones de defunciones maternas se basaron en los datos revisados para 2010 de las tasas de

* En un análisis, se efectuaron proyecciones de la cantidad de usuarios de métodos modernos en 2012 utilizando la tasa lineal de cambio entre las dos encuestas más recientes para cada país, y se estimó una cantidad de 660 millones de mujeres usuarias de anticonceptivos modernos en 2012, en comparación con los 645 millones de mujeres (cantidad calculada sin proyecciones) indicados en este informe. Esas estimaciones son equivalentes a 43,5% y 42,5%, respectivamente, del total de mujeres en la etapa de procreación, una diferencia relativamente pequeña de 1,0 punto porcentual, o 2%¹³. En otro análisis, se efectuaron proyecciones de la tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos modernos utilizando un modelo jerárquico de tipo *Bayesian*, y la estimación fue que 56,4% de las mujeres actualmente casadas residentes en países en desarrollo están utilizando métodos modernos en 2012, en comparación con nuestra estimación de 56,7%, efectuada sin proyecciones. Sin embargo, las diferencias entre las proyecciones según el modelo *Bayesian* y las estimaciones presentadas en el Cuadro 1 del presente informe variaron en las distintas regiones (la proyección MCPR era de 3 a 4 puntos porcentuales más alta para África, el Asia meridional y el Asia sudoriental, más baja en el Asia oriental y aproximadamente igual en América Latina y el Caribe), dado lo cual, en promedio, las diferencias netas resultaron muy pequeñas (Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *World Contraceptive Use 2012*, Nueva York: Naciones Unidas 2012 (de próxima publicación)).

mortalidad total materna, las estimaciones para 2008 de la mortalidad resultante de abortos realizados en malas condiciones y la mortalidad de abortos realizados en buenas condiciones estimada en el análisis que figura en *Haciendo Cuentas 2008*. Las defunciones de recién nacidos y lactantes se basaron en los datos sobre tasas de mortalidad correspondientes a 2010.

Datos que han sido actualizados

- Se actualizaron para 2012 las cantidades de mujeres de 15 a 49 años correspondientes a cada país, según su situación matrimonial.
- Se utilizaron los datos más recientes de encuestas sobre la distribución de la necesidad y el uso de métodos anticonceptivos correspondientes a mujeres de 15 a 49 años, en comparación con los datos utilizados para las estimaciones de 2008 provenientes de encuestas en 42 de los 149 países en desarrollo (donde reside un 55% de las mujeres casadas de 15 a 49 años) y se integraron en las estimaciones actualizadas presentadas en este informe; además, para 50 otros países donde reside un 11% de las mujeres casadas, las estimaciones de 2012 incorporan datos de encuestas para cada país en particular, mientras que las estimaciones de 2008 se basaban en los promedios subregionales. Se usaron datos de las mismas encuestas nacionales para 28 países donde reside un 32% de las mujeres casadas y se efectuaron estimaciones a partir de promedios subregionales o de países vecinos similares para 29 países, donde reside un 2% de las mujeres casadas.
- Se utilizó información obtenida pasando revista a la bibliografía de estudios a escala subregional a fin de estimar la necesidad de anticonceptivos entre mujeres que nunca estuvieron casadas, residentes en muchos países de Asia y del África septentrional, donde este grupo se incluye en las encuestas nacionales.
- Se aplicó la metodología revisada de cálculo de la necesidad insatisfecha a las estimaciones de 2008 y 2012 (véase referencia 36), lo cual aporta estimaciones comparables para ambos años y posibilita el análisis de las tendencias.
- Se utilizaron datos recientes en la estimación de los niveles de embarazo no deseado en 2012, de las consecuencias de los embarazos no deseados, de la mortalidad de mujeres relacionada con el embarazo y el parto, y de las defunciones de recién nacidos (menos de 28 días de vida) y defunciones de otros lactantes (entre 28 días y un año de vida).
- Se efectuaron nuevas estimaciones para 2012 de los costos directos de suministros, productos y mano de obra necesarios para ofrecer servicios anticonceptivos.

Las regiones geográficas y los 69 países más pobres

Hemos utilizado la definición geográfica del mundo en desarrollo y de las regiones y las subregiones proporcionada por la División de Estadística de las Naciones Unidas (Apéndice, Cuadro 1)¹⁴. Los 69 países más pobres del mundo se definen como los que en 2010 tenían un ingreso nacional bruto per cápita menor o igual que 2.500 dólares EE.UU.^{56,57}.

En los dos anteriores informes titulados *Haciendo Cuentas*, se definió de manera diferente la condición económica de los países, pues se utilizó la definición estándar del Banco Mundial que clasifica a los países por categoría de ingresos. Las estimaciones correspondientes a los países agrupados según las categorías del Banco Mundial se basaron en los datos más recientes disponibles en el momento en que se preparó cada uno de los informes *Haciendo Cuentas*: los datos para el informe de 2003 eran los de 2001 y los del informe de 2009 eran datos de 2007. En consecuencia, en esos dos informes anteriores las estimaciones por categoría de países según sus ingresos no son directamente comparables ni entre sí ni con las estimaciones correspondientes a los 69 países más pobres que figuran en el presente informe, dados los cambios en el ingreso de los países y el hecho de que los 69 países más pobres incluyen todos los clasificados por el Banco Mundial como economías de bajos ingresos sobre la base del ingreso de 2010, así como 44 de los 62 países que el Banco Mundial clasifica como economías de ingreso mediano bajo. Hemos optado por proporcionar estimaciones para los 69 países más pobres debido a que este grupo es objeto de particular atención por parte de la Cumbre de Londres sobre Planificación de la Familia¹³.

Cantidades de mujeres de 15 a 49 años de edad, según su situación matrimonial

Para cada país, la cantidad total de mujeres de entre 15 y 49 años de edad en 2012, dividida en grupos de cinco años, se tomó de la revisión de 2010 de la publicación de las Naciones Unidas *Population Prospects, 2010 Revision*⁵⁸. Para la mayoría de los países, la proporción de mujeres actualmente casadas, anteriormente casadas o nunca casadas (en cada grupo de edades) se extrajo de una compilación efectuada por las Naciones Unidas de informaciones recogidas en censos y encuestas nacionales⁵⁹. Se supuso que esas proporciones relativas a la situación matrimonial se aplicaban a 2012, independientemente de cuál fuera el año en que se levantó el respectivo censo o se efectuó la encuesta de que se trate. Las proporciones correspondientes a las edades en cada grupo por situación matrimonial se aplicaron a las cantidades de mujeres de

esos grupos de edades en 2012 y los datos se agregaron a fin de estimar la cantidad total de mujeres de 15 a 49 años en cada país en desarrollo que en 2012 estaban casadas, o habían estado casadas, o nunca estuvieron casadas. Para los países que cuentan con información procedente de encuestas más recientes que las incluidas en la base de datos de las Naciones Unidas, se actualizaron las proporciones de mujeres de 15 a 49 años según la situación matrimonial; para los pocos países carentes de información sobre situación matrimonial, se efectuaron estimaciones usando datos de un país vecino o de la región.

Estimaciones de uso de anticonceptivos y necesidad insatisfecha

Las estimaciones de uso de anticonceptivos y de necesidad insatisfecha se basan principalmente en datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS), con el complemento de encuestas realizadas por los *Centers for Disease Control and Prevention* (Encuestas sobre salud reproductiva o RHS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Encuestas agrupadas con indicadores múltiples, o MICS) y encuestas nacionales independientes. Hemos utilizado las encuestas más recientes disponibles al 31 de mayo de 2012 (inclusive resultados preliminares de DHS disponibles en esa fecha). Hemos efectuado estimaciones cuando faltaban algunos datos y cuando los países carecían totalmente de datos, de varias maneras diferentes, usando datos de países vecinos o promedios regionales, además de información procedentes de anteriores encuestas en que figuraran los datos.

Salvo una excepción, la metodología utilizada para preparar las estimaciones de 2012 es la misma que se utilizó en las estimaciones para los informes *Haciendo Cuentas* de 2003 y 2008, lo cual generó distribuciones comparables de las mujeres de 15 a 49 años en función de su uso de anticonceptivos y su situación matrimonial^{11,28}. La única excepción es que hemos utilizado un método revisado recientemente dado a conocer para calcular la necesidad insatisfecha³⁶ en las estimaciones de 2012 para la mayoría de los países (las basadas en DHS y MICS, que hemos calculado directamente).

Además, hemos actualizado las estimaciones que aparecen en el informe *Haciendo Cuentas* de 2008, las cuales se basaban en datos de las DHS, utilizando nuevos métodos de cálculo de la necesidad insatisfecha de métodos modernos, a fin de contar con mediciones comparables con las estimaciones actualizadas para 2012. El efecto neto de la definición revisada es un leve aumento de la cantidad de mujeres en países en desarrollo que en 2008 tenían necesidad insatisfecha: desde 215 millones, según la definición anterior, hasta 226 millones, empleando las

nuevas especificaciones de cálculo.

Se clasificó a las mujeres en tres grupos según el uso de anticonceptivos y la necesidad al respecto, de la siguiente manera:

- quienes usan métodos anticonceptivos modernos: usuarios de esterilización masculina o femenina, DIU, implantes, productos inyectables, píldoras, condones masculinos u otros métodos suministrados, entre ellos espermicidas y condón femenino;
- quienes no necesitan anticonceptivos: mujeres que:
 - a) son solteras y que no tienen actualmente actividad sexual (en los últimos tres meses), b) infecundas, c) están casadas o no casadas y con actividad sexual, son fecundas y quieren tener un hijo dentro de los próximos dos años, o d) actualmente están embarazadas con un embarazo deseado o padecen una amenorrea de postparto, después de un embarazo deseado; y
- quienes tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos: mujeres que:
 - a) están casadas o no están casadas y tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses, y son fecundas, pero no quieren tener un hijo a corto plazo (es decir, o bien desearían esperar dos o tres años, o bien ya no quieren tener más hijos) y no están utilizando un método anticonceptivo moderno (es decir, no usan ningún método o usan un método tradicional, como la abstinencia periódica o el retiro*); o b) actualmente están embarazadas con un embarazo inoportuno o no deseado o tienen amenorrea de postparto después de un embarazo de alguno de esos tipos (suponiendo que la proporción derivada de encuestas represente la proporción típica de mujeres que no querían tener un hijo a corto plazo pero que actualmente o bien están embarazadas, o bien padecen amenorrea de postparto y habrían necesitado métodos modernos en algún momento durante un período de un año).

Las estimaciones se calcularon por separado para las mujeres actualmente casadas, casadas anteriormente y nunca casadas, y se agruparon para obtener las estimaciones correspondientes al total de mujeres de 15 a 49 años de edad.

Alcance de las estimaciones

El crecimiento demográfico se incorpora en las estimaciones aplicando las proporciones de mujeres que usan métodos modernos según datos de la encuesta más reciente

*Las mujeres que usan métodos tradicionales están incluidas entre las que tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos debido a que los métodos que están usando tienen muchas más probabilidades de fallar que los métodos modernos.

anterior a un año de referencia (es decir, antes de 2008 o de 2012) a la cantidad de mujeres en edad de procrear en ese año de referencia. Se efectuaron estimaciones para dos grupos de mujeres no casadas: las que anteriormente habían estado casadas y las que nunca habían estado casadas. Las encuestas nacionales, como las DHS, son las fuentes de estimaciones de las mujeres en todos los grupos según la situación matrimonial, residentes en países de África al sur del Sahara y en la región de América Latina y el Caribe. En Asia y en África septentrional, con frecuencia no se deslinda en las encuestas la información sobre las mujeres que nunca han estado casadas y, cuando se las incluye, tal vez no se les pregunte acerca de su actividad sexual ni de su uso de anticonceptivos; cuando esas preguntas se formulan, lo probable es que haya un muy alto nivel de información no fidedigna. En la mayoría de los países de esas regiones, las estimaciones de necesidades y de uso de anticonceptivos con respecto a mujeres que nunca han estado casadas se basan en las encuestas nacionales disponibles que recogieron datos pertinentes y en un examen de encuestas a nivel subnacional que incluyen mujeres que nunca estuvieron casadas.

Embarazos, según la intención y el resultado

La cantidad de alumbramientos en cada país en 2012 procede de estimaciones de las Naciones Unidas⁶⁰ y esas cantidades fueron distribuidas utilizando estimaciones del análisis de *Haciendo Cuentas* de 2008 sobre datos de encuestas relativas a la situación en cuanto a la intención en materia de alumbramiento. A fin de estimar la cantidad de embarazos que terminan en aborto inducido, hemos calculado las tasas subregionales de aborto basadas en estimaciones para 2008⁶¹ y las hemos aplicado a las cantidades subregionales de mujeres en 2012. Hemos efectuado cálculos estimativos de los abortos espontáneos en embarazos deseados y no deseados de la misma manera que en los análisis de los anteriores informes *Haciendo Cuentas*²⁸.

Mortalidad

Hemos basado las estimaciones de defunciones maternas en las tasas de mortalidad materna total^{62,63} y de mortalidad causada por abortos en malas condiciones⁶⁴ que figuraban en los informes más recientes, y hemos hecho lo propio con la proporción de abortos realizados en malas condiciones⁶⁵. Hemos adoptado la hipótesis de que los índices de mortalidad materna para cada país correspondientes a 2010 se aplicaban a los alumbramientos ocurridos en 2012 y que las tasas de mortalidad debida a abortos realizados en malas condiciones correspondientes a cada región habían cambiado entre 2008 y 2010 en la

misma proporción en que cambiaron las tasas generales de mortalidad materna para la región en ese período. Al igual que en el análisis para el anterior informe *Haciendo Cuentas*, hemos adoptado la hipótesis de que la tasa de mortalidad entre las mujeres que se someten a abortos en buenas condiciones era de dos defunciones por cada 100.000 abortos²⁸. Utilizando esta información, hemos estimado las tasas de mortalidad materna para 2012 entre las mujeres cuyos embarazos terminaron en alumbramiento o en aborto espontáneo (tanto en embarazos deseados como embarazos no deseados), aborto realizado en malas condiciones o aborto realizado en buenas condiciones. Hemos supuesto que los resultados (distribuidos entre alumbramientos no planificados, abortos en buenas condiciones, abortos en malas condiciones y abortos espontáneos) de los embarazos evitados por el uso actual de métodos modernos (y por la transición de quienes tenían necesidad insatisfecha de métodos modernos en 2012 hacia el uso de métodos modernos) sería, para cada país y cada subregión, similar al resultado correspondiente a todos los embarazos no deseados ocurridos en 2012.

A fin de efectuar el cálculo estimativo de las muertes de recién nacidos y otros lactantes, hemos utilizado las tasas de mortalidad para cada país en 2010⁶⁶. Hemos multiplicado esas tasas por el número de alumbramientos en 2012 para obtener las cantidades de defunciones en 2012.

Estimaciones de costos

Las estimaciones de costos directos abarcaron los de productos, suministros y mano de obra necesarios para impartir asesoramiento, proporcionar los métodos y los suministros, efectuar el seguimiento y el retiro del método (de ser necesario). Los costos de programas y sistemas (también denotados como costos indirectos) se calcularon como proporción de los costos directos, sobre la base de las estimaciones publicadas por el UNFPA, empleando el mismo enfoque utilizado para las estimaciones de 2008. El total de costos se obtiene sumando los costos directos y los indirectos. Esos costos se sufragan con cargo a diversas fuentes, cuya importancia varía en función de los presupuestos de los gobiernos nacionales, de los organismos externos y los donantes, de los empleadores (mediante prestaciones de seguros) y de los propios usuarios de anticonceptivos, mediante contribuciones a la cobertura de seguro y desembolsos directos en pago de servicios y suministros. Prestamos especial atención a las estimaciones de costos debido a que no se dispone de información sobre datos empíricos, como tampoco sobre el desglose según la fuente de pago.

Costos directos. Los costos de productos anticonceptivos se estimaron para cada país sobre la base de los costos unitarios medios en que incurrieron los donantes, como se documenta en la base de datos de *Reproductive Health Interchange*⁶⁷. Se extrajeron los datos correspondientes a un período bienal (enero de 2009 a diciembre de 2011) a fin de obtener información suficiente, que se utilizó para calcular los costos unitarios, los cuales se tradujeron en costos específicos para cada país correspondientes al uso del método durante un año*. Esos datos se ajustaron a dólares EE.UU. de 2012⁶⁸. El costo de los medicamentos necesarios para la esterilización masculina y femenina, en dólares EE.UU. de 2012, se basaron en la mediana de costos mencionada en el actual *Management Sciences for Health's International Drug Price Indicator*⁶⁹. Los costos de suministros como guantes, jeringas y suturas, en dólares EE.UU. de 2012, proceden del actual Catálogo de Suministros del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia⁷⁰. Los datos sobre sueldos proceden de la base de datos CHOICE 2005 de la Organización Mundial de la Salud⁷¹, pero fueron ajustados a valores correspondientes a cada país en dólares EE.UU. de 2012, sobre la base del Índice de Deflación de Precios PIB⁶⁸.

Costos indirectos. Los costos indirectos incluyen: administración de programas, supervisión, capacitación del personal, educación sobre salud, seguimiento y evaluación, promoción, fortalecimiento de los sistemas de información y los sistemas de suministro de productos, y mantenimiento y ampliación de la capacidad física de los establecimientos de salud⁴¹. Hasta ahora, no se dispone de estimaciones actualizadas de los costos indirectos de servicios de salud sexual y reproductiva en el mundo en desarrollo.

Hemos pensado que era razonable suponer que los porcentajes de programas y sistemas aplicados por el UNFPA en 2008 (inferiores a los porcentajes de 2009) se aplican a las estimaciones de costos para el año en curso (2012). Optamos por aplicar las más altas tasas indirectas de 2009 a la hipótesis futura, de modo de reflejar el costo del fomento de la capacidad y la mejora de los servicios, que son necesarios a fin de satisfacer plenamente las

*Los costos anuales incluyen el costo de cada método para un período de uso de un año. Cuando se trata de métodos permanentes y de acción a largo plazo, el uso de datos anualizados sobre costos es equivalente a distribuir el total de los costos del método entre la cantidad media de años de uso. En el largo plazo, por ejemplo, computar una décima parte del costo total correspondiente a diez mujeres que optaron por la esterilización es lo mismo que computar el costo total de la esterilización de una mujer si cada año una nueva mujer es esterilizada y reemplaza a otra que excedió el lapso de uso de 10 años.

necesidades de todas las mujeres que actualmente necesitan anticonceptivos modernos.

APÉNDICE, CUADRO 1. Todos los países del mundo en desarrollo y los 69 países más pobres* por región y subregión

Región, subregión y país	69 países más pobres	Región, subregión y país	69 países más pobres	Región, subregión y país	69 países más pobres
ÁFRICA		ASIA		AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	
África al sur del Sahara		Asia oriental		Caribe	
África oriental		China		Antillas Neerlandesas	
Burundi	X	China, Hong Kong		Bahamas	
Comoras	X	China, Macao		Barbados	
Djibouti	X	Corea, RPD de		Cuba	
Eritrea	X	Corea, República de		Guadalupe	
Etiopía	X	Mongolia		Haití	
Kenya	X	Asia sudoriental		Islas Vírgenes Británicas§	
Madagascar	X	Asia central		Jamaica	
Malawi	X	Kazajistán		Martinica	
Mauricio		Kirguistán		Puerto Rico	
Mozambique	X	Tayikistán		República Dominicana	
Reunión†		Turkmenistán		Santa Lucía	
Rwanda	X	Uzbekistán		San Vicente y las Granadinas	
Somalia	X	Asia meridional		Trinidad y Tabago	
Uganda	X	Afganistán		América Central	
Tanzania	X	Bangladesh		Belice	
Zambia	X	Bhután		Costa Rica	
Zimbabwe	X	India		El Salvador	
		Irán, República Islámica del		Guatemala	
		Maldivas		Honduras	
África central		Nepal		México	
Angola		Pakistán		Nicaragua	
Camerún	X	Sri Lanka		Panamá	
Chad	X	Asia sudoriental		América del Sur	
Congo	X	Brunei Darussalam		Argentina	
Gabón		Camboya		Bolivia, Estado Plurinacional de	
Guinea Ecuatorial		Filipinas		Brasil	
República Centroafricana	X	Indonesia		Chile	
República Democrática del Congo	X	Lao, RDP		Colombia	
Santo Tomé y Príncipe	X	Malasia		Ecuador	
		Myanmar		Guyana	
África meridional		Singapur		Guyana Francesa**	
Botswana		Tailandia		Paraguay	
Lesotho	X	Timor-Leste		Perú	
Namibia		Viet Nam		Suriname	
Sudáfrica		Asia occidental		Uruguay	
Swazilandia		Arabia Saudita		Venezuela	
África occidental		Armenia		OCEANÍA	
Benin	X	Azerbaiyán		Estados Federados de Micronesia††	
Burkina Faso	X	Bahrein		Fiji	
Cabo Verde‡		Chipre		Islas Salomón	
Côte d'Ivoire	X	Emiratos Árabes Unidos		Guam	
Gambia	X	Georgia		Nueva Caledonia	
Ghana	X	Iraq		Papua Nueva Guinea	
Guinea	X	Israel		Polinesia Francesa	
Guinea-Bissau	X	Jordania		Samoa	
Liberia	X	Kuwait		Tonga‡‡	
Mali	X	Libano		Vanuatu	
Mauritania	X	Omán			
Níger	X	Qatar			
Nigeria	X	Siria			
Senegal	X	Territorio Palestino			
Sierra Leona	X	Turquía			
Togo	X	Yemen			
África septentrional					
Argelia					
Egipto	X				
Libia					
Marruecos					
Sahara occidental	X				
Sudán	X				
Sudán del Sur	X				
Túnez					

Notas: La región de África al sur del Sahara abarca todos los países de África oriental, central, meridional y occidental, así como Sudán y Sudán del Sur. *Se define como un ingreso nacional bruto per cápita igual o inferior a 2.500 dólares en 2010. †Se agrupa con Mayotte y Seychelles a los fines de varios cálculos. ‡Se agrupa con Santa Elena para numerosos cálculos. §Se agrupa con Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Dominica, Granada, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Monserrat, San Bartolomé, San Kitts y Nevis, San Martín (parte francesa) e Islas Turcas y Caicos para muchos cálculos. **Se agrupa con las Islas Malvinas para muchos cálculos. ††Se agrupa con las Islas Marshall, las Islas Marianas Septentrionales, Kiribati, Nauru y Palau para muchos cálculos. ‡‡Se agrupa con las Islas Cook, las Islas Wallis y Futuna, Niue, Pitcairn, Samoa Americana, Tokelau y Tuvalu para muchos cálculos. Fuente: referencias 14 y 15.

Referencias

1. *Reproductive Health Supplies Coalition, HandtoHand Campaign*, sin fecha, <<http://www.rhsupplies.org/handto-hand-campaign/handtohand-campaign.html>>, sitio visitado el 21 de abril de 2012.
2. *Maternal Health Task Force, The Alliance for Reproductive Maternal and Newborn Health, 2011*, <<http://maternalhealth-taskforce.org/component/wpmu/tag/alliance-for-reproductive-maternal-and-newborn-health>>, sitio visitado el 21 de abril de 2012.
3. *The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, RMNCH continuum of care, 2011*, <http://www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html>, sitio visitado el 7 de mayo de 2012.
4. *Women Deliver, About the Initiative*, <http://www.women-deliver.org/about/the-initiative/>>, sitio visitado el 29 de mayo de 2012.
5. *NGOs Beyond 2014, Welcome to NGOs Beyond 2014, 2011*, <<http://ngosbeyond2014.org/about/>>, sitio visitado el 9 de mayo de 2012.
6. Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo del Milenio, indicadores: Sitio oficial de las Naciones Unidas para los indicadores de los ODM, 2008, <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=indicators/officialist.htm>>, sitio visitado el 21 de abril de 2012.
7. Departamento de Desarrollo Internacional, Planificación de la familia: el Reino Unido auspiciará una cumbre con la Gates Foundation, 2012, <<http://www.dfid.gov.uk/News/Latest-news/2012/Family-planning-UK-to-host-summit-with-Gates-Foundation/>>, sitio visitado el 22 de abril de 2012.
8. Rawe K, *Misconception: Why Family Planning Actually Saves Babies' Lives*, Londres, *Save the Children*, 2012 (de próxima publicación).
9. Naciones Unidas, Proyecto del Milenio, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*, Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2006.
10. Bloom DE, Canning D y Sevilla J, *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*, Santa Mónica, CA, Estados Unidos de América: RAND, 2003.
11. Singh S y otros., *Haciendo Cuentas: Costos y beneficios de invertir en planificación familiar y en salud materna y neonatal*, Nueva York: *Guttmacher Institute* and Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2009.
12. Todas las mujeres, todos los niños, Compromisos en pro de Todas las mujeres, todos los niños, 2012, <<http://www.everywomaneverychild.org/commitments/governments>>, sitio visitado el 21 de abril de 2012.
13. Cumbre de Londres sobre Planificación de la Familia, *Technical Note: Data Sources and Methodology for Developing the 2012 Baseline, 2020 Objective, Impacts and Costings*, Londres: *Family Planning Summit Metrics Group*, 2012.
14. División de Estadística de las Naciones Unidas, Composición macro geográfica (continental) de regiones, subregiones geográficas y grupos escogidos, económicos y de otro tipo, 2009, <<http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm#developed>>, sitio visitado el 7 de noviembre de 2009.
15. Banco Mundial, *Low income countries are defined to be the 69 countries with 2010 GNI per capita ≤\$2,500*, GNI per capita, Atlas method (current US\$), sin fecha, <<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNPPCAP.CD>>, sitio visitado el 14 de febrero de 2012.
16. Kirk D, *Demographic transition theory, Population Studies*, 1996, 50(4): págs. 361 a 387.
17. Cleland J y Wilson C, *Demand theories of the fertility transition, Population Studies*, 1987, 41(1): págs. 5 a 30.
18. División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas, *World Fertility Report 2007*, Nueva York: Naciones Unidas, 2010.
19. Cleland J y otros, *Family planning: the unfinished agenda, Lancet*, 2006, 368(9549): págs. 1810 a 1827.
20. Tsui AO, *Population policies, family planning programs and fertility: the record, Population and Development Review*, 2001, 27(Suppl.): págs. 184 a 204.
21. Casterline JB, *The pace of fertility transition: national patterns in the second half of the twentieth century, Population and Development Review*, 2001, 27(Suppl.): págs. 17 a 52.
22. Jain A y Ross J, *Fertility differences among developing countries: Are they still related to family planning program efforts and social settings? International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2012, 38(1): págs. 15 a 22.
23. División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*, Nueva York: Naciones Unidas, 2004, págs. 17 a 39.
24. División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, *World Contraceptive Use 2011*, Nueva York: Naciones Unidas, 2011.
25. Westoff CF y Bankole A, *Reproductive preferences in developing countries at the turn of the century, DHS Comparative Reports*, Calverton, MD, Estados Unidos de América: ORC Macro, 2002, No. 2.

- 26.** Lloyd CB, compilador, *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academies Press, 2005.
- 27.** Guttmacher Institute, análisis especial (véase Apéndice, pág. 25—Estimaciones del uso de anticonceptivos y de necesidades insatisfechas).
- 28.** Darroch JE y Singh S, *Haciendo Cuentas: Costos y beneficios de invertir en planificación familiar y en salud materna y neonatal—metodología de estimación*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011.
- 29.** Bongaarts J, *Fertility transitions in developing countries: progress or stagnation? Poverty, Gender and Youth Working Papers*, Nueva York: Population Council, 2008, No. 7.
- 30.** División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, *World Contraceptive Use 2010, Detailed Trends Data Files*, Nueva York: Naciones Unidas, 2011, <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/wcp_2010/data.html>, sitio visitado el 12 de junio de 2012.
- 31.** Instituto Internacional de Ciencias de la Población (IIPS), *District Level Household and Facility Survey (DLHS-3), 2007–08: India*, Mumbai: IIPS, 2010.
- 32.** Organismo Central de Estadística (Etiopía) y ICF International, *Ethiopia Demographic and Health Survey, 2011*, Addis Abeba, Etiopía y Calverton, MD, Estados Unidos de América: Central Statistical Agency y ICF International, 2012.
- 33.** Instituto Nacional de Estadísticas de Rwanda (NISR), Ministerio de Salud de Rwanda (MOH) e ICF International, *Rwanda Demographic and Health Survey, 2010*, Calverton, MD, Estados Unidos de América: NISR, MOH e ICF International, 2012.
- 34.** Ministerio de Salud y Población de Rwanda (MOHP), *New ERA y ICF International, Nepal Demographic and Health Survey, 2011*, Kathmandu, Nepal: MOHP, New ERA; y Calverton, MD, Estados Unidos de América: ICF International, 2012.
- 35.** Organismo Nacional de Estadística de Zimbabwe (ZIMSTAT) e ICF International, *Zimbabwe Demographic and Health Survey, 2010–11*, Calverton, MD, Estados Unidos de América: ICF International; y Harare: ZIMSTAT, 2012.
- 36.** Bradley SEK y otros, *Revising unmet need for family planning, DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, Estados Unidos de América: ICF International, 2012, No. 25.
- 37.** Darroch JE, Sedgh G y Ball H, *Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011.
- 38.** Bradley SEK, Schwandt HM y Khan S, *Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation, DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, Estados Unidos de América: ICF Macro, 2009, No. 20.
- 39.** Cleland J, Ali MM y Shah I, *Dynamics of contraceptive use*, en: División de Población de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*, Nueva York: Naciones Unidas, 2006, págs. 87 a 115.
- 40.** Wang W y otros, *How family planning supply and the service environment affect contraceptive use: findings from four East African countries, DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, Estados Unidos de América: ICF International, 2012, No. 26.
- 41.** Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Corrientes de recursos financieros para la asistencia en la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Informe del Secretario General, Nueva York: Naciones Unidas, 2009.
- 42.** Pawliczko A, UNFPA, comunicación personal, 4 de mayo de 2012.
- 43.** Organización Mundial de la Salud (OMS), *Family planning, Fact sheet N°351, April 2011*, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>>, sitio visitado el 8 de mayo de 2012.
- 44.** American College of Obstetricians and Gynecologists, *Noncontraceptive uses of hormonal contraceptives, ACOG Practice Bulletin No. 110, Obstetrics & Gynecology*, 2010, 115(1) págs.: 206 a 218.
- 45.** Manchikanti A y otros, *Steroid hormones for contraception in women with sickle cell disease, Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, Issue 2, No. CD006261.
- 46.** Moreland RS y Talbird S, *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling the Unmet Need for Family Planning*, Washington, DC: USAID, 2006.
- 47.** Guttmacher Institute, análisis especiales (véase el Apéndice, págs. 26 y 27, Estimaciones de costos).
- 48.** Guttmacher Institute, análisis especiales (véase el Apéndice, pág. 26, Embarazos según la intención y los resultados).
- 49.** Rutstein SO, *Further evidence of the effects of preceding birth intervals on neonatal, infant, and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic and health surveys, DHS Working Papers*, Calverton, MD, Estados Unidos de América: Macro International, 2008, No. 41.
- 50.** Guttmacher Institute, análisis especiales (véase el Apéndice, pág. 26, Mortalidad).
- 51.** Sedgh G y otros, *Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method, Occasional Report*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2007, No. 37.
- 52.** McCleary-Sills J, McGonagle A y Malhotra A, *Women's Demand for Reproductive Control: Understanding and Addressing Gender Barriers*, Washington, DC: International Center for Research on Women, 2012.
- 53.** Singh S. y otros, *Haciendo Cuentas: Costos y beneficios de invertir en planificación familiar y en salud materna y neonatal*, Nueva York: Guttmacher Institute y Fondo de Población de las Naciones Unidas, pág. 30.
- 54.** Singh S. y otros, *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, Nueva York: The Alan Guttmacher Institute (AGI) y UNFPA, 2003.
- 55.** Vlassoff M. y otros, *Assessing costs and benefits of sexual and reproductive health interventions, Occasional Report*, Nueva York: AGI, 2004, No. 11.

- 56.** Banco Mundial, *GNI per capita, Atlas method (current US\$)*, 2012, <<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD>>, sitio visitado el 9 de mayo de 2012.
- 57.** Banco Mundial, *GNI per capita operational guidelines and analytical classifications*, sin fecha, <<http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/OGHIST.xls>>, sitio visitado el 9 de mayo de 2012.
- 58.** División de Población, Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *File 5B: Female population by single age, major area, region and country, annually for 1950–2010 (thousands), medium-fertility variant, 2011–2100, World Population Prospects: The 2010 Revision*, CD-ROM, Nueva York: Naciones Unidas, 2011.
- 59.** División de Población, Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *World Marriage Data 2008*, Nueva York: Naciones Unidas, 2009.
- 60.** División de Población, Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *File 4: Births (both sexes combined) by major area, region and country, 1950–2100 (thousands), medium fertility variant, 2010–2100, World Population Prospects: The 2010 Revision*, CD-ROM, Nueva York: Naciones Unidas, 2011.
- 61.** Sedgh G y otros, *Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008*, *Lancet*, 2012, 379(9816): págs. 625 a 632.
- 62.** OMS, *Trends in Maternal Mortality, 1990 to 2010: WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank Estimates*, Ginebra: OMS, 2012.
- 63.** Chou D, OMS, comunicación personal, 25 de mayo de 2012.
- 64.** OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, sixth ed., Ginebra: OMS, 2011.
- 65.** Sedgh GS, *Guttmacher Institute*, comunicación personal, 28 de febrero de 2012.
- 66.** *Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, Newborn and infant deaths per 1,000 births, 2010*, <http://www.childinfo.org/mortality_tables.php>, sitio visitado el 25 de mayo de 2012.
- 67.** *Reproductive Health Supplies Coalition, Resources and Tools, 2012*, <<http://www.rhsupplies.org/resources-tools.html>>, sitio visitado el 7 de marzo de 2012.
- 68.** Fondo Monetario Internacional, *World Economic Outlook Database, 2011*, <<http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2011/02/weodata/weoselgr.aspx>>, sitio visitado el 7 de marzo de 2012.
- 69.** *International Drug Price Indicator Guide, Introduction, 2010*, <erc.msh.org/priceguide>, sitio visitado el 1º de mayo de 2012.
- 70.** UNICEF, *Welcome to UNICEF Supply Catalogue, 2012*, <https://supply.unicef.org/unicef_b2c/app/displayApp/?layout=70-12_1_66_67_115&carearea=%24ROOT>, sitio visitado el 2 de marzo de 2012.
- 71.** Stenberg K, OMS, comunicación personal, 25 de febrero de 2012.



Promoción de la salud sexual y reproductiva en todo el mundo, mediante investigaciones, análisis de políticas y educación pública

125 Maiden Lane
New York, NY 10038
Estados Unidos de América
(212) 248-1111; fax (212) 248-1951
info@guttmacher.org

1301 Connecticut Avenue NW, Suite 700
Washington, DC 20036
Estados Unidos de América
policyinfo@guttmacher.org

www.guttmacher.org



El UNFPA es un organismo internacional de desarrollo que promueve el derecho de cada mujer, cada hombre y cada niño a disfrutar de una vida con salud e igualdad de oportunidades

605 Third Avenue
New York, NY 10158
Estados Unidos de América
(212) 297-5000; fax (212) 370-0201
hq@unfpa.org

www.unfpa.org