



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

# ÍNDICE DE SEGURIDAD ANTICONCEPTIVA 2006

Una herramienta para establecer prioridades y planifica



AUGOSTO 2007

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



# ÍNDICE DE SEGURIDAD ANTICONCEPTIVA 2006

Una herramienta para establecer prioridades y planifica

## **DELIVER**

La Orden de Trabajo 1 de USAID | PROYECTO DELIVER es financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo el contrato número GPO-I-01-06-00007-00, a partir del 29 de septiembre de 2006. La Orden de Trabajo 1 es implementada por John Snow, Inc., en colaboración con PATH, Crown Agents Consultancy, Inc., Abt Associates, Fuel Logistics Group (Pty) Ltd., UPS Supply Chain Solutions, Family Health International, el Manoff Group, y 3i Infotech. El proyecto mejora las cadenas de abastecimiento de los productos e insumos esenciales de salud a través del fortalecimiento de los sistemas de información para la administración logística; el alineamiento de los sistemas de distribución; la identificación de recursos financieros para adquisiciones y para el funcionamiento de la cadena de abastecimiento; y el mejoramiento de los pronósticos y la planificación de adquisiciones. El proyecto también alienta a legisladores y donantes a apoyar la logística como factor crítico del éxito general de sus mandatos en el área de salud.

### **Cita recomendada**

USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1 y Orden de Trabajo 1 de la USAID | Health Policy Initiative. 2007. *Índice de Seguridad Anticonceptiva 2006: Una herramienta para establecer prioridades y planificar*. Arlington, Va.: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1.

### **USAID | PROYECTO DELIVER**

John Snow, Inc.  
1616 Fort Myer Drive, 11th Floor  
Arlington, VA 22209 USA  
Phone: 703-528-7474  
Fax: 703-528-7480  
E-mail: [askdeliver@jsi.com](mailto:askdeliver@jsi.com)  
Internet: [deliver.jsi.com](http://deliver.jsi.com)

### **USAID/Política de Iniciativa de Salud**

Constella Futures  
1 Thomas Circle, Suite 200  
Washington, DC 20005 USA  
Phone: 202-775-9680  
Fax: 202-775-9694/9698/9699  
E-mail: [policyinfo@healthpolicyinitiative.com](mailto:policyinfo@healthpolicyinitiative.com)  
Internet: [www.healthpolicyinitiative.com](http://www.healthpolicyinitiative.com)

# RECONOCIMIENTOS

La elaboración del *Índice de DAIA 2006* fue llevada a cabo por el Equipo de Seguridad Anticonceptiva de USAID, el USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1 de John Snow, Inc. (JSI), y el POLICY Project y Task Order 1 del USAID | Health Policy Initiative of Constella Futures.

El financiamiento para la elaboración y publicación del *Índice de DAIA 2006* fue proporcionado por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el USAID | PROYECTO DELIVER (GPO-I-01-06-00007-00) implementado por John Snow, Inc. Además, POLICY Project contribuyó a la elaboración de esta tabla bajo el contrato USAID no. HRN-C-00-00-00006-00. Este trabajo continuó bajo la Task Order 1 de la USAID | Health Policy Initiative bajo el contrato no. GPO-I-01-05-00040-00. Task Order 1 es implementada por Constella Futures en colaboración con el Center for Development and Population Activities, la White Ribbon Alliance, y la World Conference of Religions for Peace.

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

Fotografías de portada cortesía de USAID | PROYECTO DELIVER.



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

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

Sigue siendo fundamental que los participantes y los directores de programa centren su atención en la DAIA a largo plazo. Los programas no pueden satisfacer las necesidades de SR y PF de sus clientes sin tener la disponibilidad confiable de suministros y servicios anticonceptivos de alta calidad. Alcanzar las metas de salud y reducción de la pobreza adoptadas por muchos países, será un proceso más lento, a menos que se hagan mejoras en la DAIA. Para garantizar el suministro de anticonceptivos y la disponibilidad del servicio a los clientes, se requiere de un enfoque multisectorial. Los sectores público y privado deben cooperar para garantizar un ambiente de políticas de apoyo, previsión adecuada de productos y su adquisición, cadenas eficientes de suministros, proveedores bien capacitados, sistemas eficientes de entrega de servicios, un entorno social aceptable y un financiamiento adecuado. Para planificar intervenciones efectivas para alcanzar esta meta, los responsables de políticas, los directores de programa y las agencias internacionales de donantes deben conocer si los programas están progresando hacia la DAIA y cómo lo están haciendo.

Esta tabla presenta un conjunto de indicadores que pueden usarse para medir el nivel de DAIA de un país y monitorear el progreso mundial para alcanzar esta meta en el tiempo. Se han agregado los indicadores para establecer un índice compuesto. El *Índice de DAIA* fue calculado y presentado por primera vez en 2003; el Índice de DAIA 2006 presenta una actualización de aquellas conclusiones.

## USOS

El *Índice de DAIA 2006* es una herramienta poderosa para aumentar la concientización sobre la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos y las interrelaciones entre los componentes del programa, sectores diferentes y resultados del programa. A nivel nacional e internacional, el índice puede ser utilizado para establecer prioridades, y para planificar y promover políticas de apoyo y otras intervenciones que promuevan el progreso hacia la DAIA. A nivel de país, puede ayudar a identificar las áreas de fortalezas y debilidades relativas, lo cual ayudará a los participantes a dirigir sus recursos de forma más efectiva y adecuada. Sin embargo, debido a que el *Índice de DAIA* presenta un panorama amplio de DAIA en un país, se requiere una evaluación en profundidad de los componentes específicos para identificar los temas que necesitan ser tratados en los planes estratégicos de DAIA nacional.

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

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

## Consideraciones metodológicas

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

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

# RESULTADOS

Un total de 63 países están representados en el índice 2006, incluyendo los 57 países del índice de 2003, más seis países adicionales.

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

La Tabla 2 muestra los puntajes ponderados por componente y total. La Figura 1 muestra los puntajes totales ponderados de los 63 países presentes en el índice. La escala de puntajes posibles en el Índice de DAIA ponderado es de 0 a 100, aunque los puntajes reales en 2006 van de 35.5 a 73.2. En el 2003 la clasificación iba de 28.1 a 68.1. Utilizando un test emparejado, los puntajes totales del 2006, promediados para todos los países incluidos en los índices de 2003 y 2006, representan un incremento estadístico significativo desde el 2003, lo cual indica una mejora agregada. La Figura 2 compara los puntajes totales del índice, promediados por región. Los incrementos observados en el puntaje total del índice son significativos solamente en Asia y el Pacífico, Medio Oriente y África del Norte, y el África Subsahariana. Los promedios mundiales de los cinco componentes muestran una mejora significativa en todos los componentes de 2003 a 2006 (ver figura 3). En la mayoría de los casos, los promedios de

los puntajes del componente por región también mostraron mejoras, aunque estas mejoras sólo fueron significativas en los siguientes casos:

**Cadena de suministro:** África Subsahariana

**Finanzas:** Asia y el Pacífico, Europa Oriental y Asia Central, y Medio Oriente y África del Norte

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

**Acceso:** Europa Oriental y Asia Central, y África Subsahariana

**Utilización:** Asia y el Pacífico, y América Latina y el Caribe

Los puntajes por componente de un país individual pueden ser comparados en un año (puntaje ponderado máximo de 20 puntos para cada componente), y esto permite a los usuarios identificar los componentes que requieren atención y nueva evaluación. Los países pueden tener puntajes similares globalmente, pero tienen fortalezas y debilidades en diferentes componentes. Esto pone de relieve la necesidad de revisar los indicadores dentro del contexto más amplio de un país, incluyendo aspectos no captados en el Índice de DAIA debido a limitaciones en los datos. Finalmente, es importante señalar que el movimiento de unos pocos lugares hacia arriba o hacia abajo a nivel de país, puede no representar diferencias significativas o cambios en el nivel de seguridad anticonceptiva.

## ANTECEDENTES

*El Índice de DAIA 2006* presenta una actualización de las conclusiones del *Índice de DAIA 2003*. Para ser consecuentes con la definición

mundial actual de DAIA, en la elaboración del Índice se utilizó, como guía conceptual, el marco de trabajo que forma el núcleo del *Vía Estratégica hacia la Disponibilidad Asegurada de Insumos de Salud Reproductiva* (SPAR-HCS). Éste define al programa y a los componentes

del entorno del programa que se requieren para lograr la disponibilidad de los productos para SR, sean anticonceptivos u otros artículos de SR (ver figura 4).

El Índice de DAIA y otros esfuerzos que promueven y hacen avanzar la seguridad anticonceptiva, han atraído toda la atención necesaria sobre estos temas y han suscitado un movimiento mundial sobre la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos.

## METODOLOGÍA

*El Índice de DAIA 2003* fue elaborado por un equipo de expertos en DAIA de USAID, el proyecto DELIVER de John Snow, Inc. (JSI), el POLICY Project of Futures Group y Commercial Market Strategies (CMS). Utilizando la misma metodología del índice 2003, el *Índice de DAIA 2006* fue actualizado por un equipo de USAID, DELIVER y Task Order 1, de la USAID | Health Policy Initiative de Constella Futures. Para el índice del 2006, se mantuvieron los mismos indicadores y fuentes de datos, utilizando la última versión de todos los documentos de referencia. (Consulte las notas del indicador abajo). Si los valores de un nuevo indicador no se encontraban disponibles desde la publicación del índice 2003, los datos de ese año fueron preservados como la información más actual disponible.

Tabla 1. INDICADORES DEL ÍNDICE DAIA, DATOS EN BRUTO

	Cadena de suministro			Finanzas			Entorno social y de salud			Acceso			Utilización				
	Almacenamiento y distribución	SIAL	Previsiones	Adquisiciones	Política anticonceptiva	Gastos del Gbno en salud	INB, PPA per cápita	Nivel de pobreza	Gobierno	Educación de las mujeres	Prevalencia del VIH en adultos	Acceso a métodos	Alcance del sector público	Exención del acceso a métodos de PF	Mixtura de métodos	Necesidad no satisfecha de PF	TPA
	max=30	max=12	max=8	max=8	max=4	max=30	max=100	max=10	max=30	max=100	max=50	max=4	max=10	max=1	max=1	max=100	
<b>ASIA Y EL PACÍFICO</b>																	
Bangladesh	30	12	8	8	3.3	12	1969	50	9.3	50	0.1	3.3	1.5	0.08	0.44	11.2	47
Cambaya	-	-	-	-	4.0	21	2311	36	10.5	20	2.6	2.5	0.6	0.19	0.25	29.7	19
India	-	-	-	-	3.1	8	3116	29	13.4	27	0.9	2.5	0.9	0.06	0.75	15.8	46
Indonesia	18	4	6	3	3.5	7	3485	31	10.6	60	0.1	2.6	1.4	0.10	0.38	8.6	57
Nepal	30	12	8	8	3.1	7	1485	37	9.3	39	0.5	3.1	0.7	0.08	0.25	27.8	35
Pakistan	12	5	5	6	3.8	4	2174	33	8.9	19	0.1	2.7	-	0.07	-	35.0	20
Filipinas	21	10	3	8	2.7	8	4946	37	12.5	88	0.4	2.6	1.2	0.06	0.27	17.3	33
Vietnam	22	10	6	5	3.6	6	2702	29	11.4	70	0.4	3.7	1.2	0.02	0.56	4.8	66
<b>EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL</b>																	
Armenia	-	-	-	-	1.9	7	4156	51	12.4	88	0.1	1.4	-	0.23	0.30	11.8	20
Azerbaiján	6	1	0	0	2.0	-	3811	49	9.2	81	0.1	2.1	-	0.12	0.41	12.0	12
Georgia	-	-	-	-	1.7	9	2895	55	10.2	80	0.1	2.2	-	0.08	0.39	21.3	27
Kazajstán	-	-	-	-	3.8	14	6933	35	10.1	92	0.2	2.6	1.0	0.04	0.67	8.7	53
Kirguizistán	-	-	-	-	2.6	13	1856	48	10.2	92	0.1	2.8	0.9	0.07	0.74	11.6	49
Turquía	-	-	-	-	4.0	9	7724	27	14.0	67	0.1	3.1	0.9	0.03	0.41	10.1	43
Turkmenistán	-	-	-	-	0.6	-	6910	12	5.8	-	0.1	3.1	0.8	0.07	0.70	10.1	53
Ucrania	-	-	-	-	2.8	13	6330	20	11.2	96	0.1	2.9	-	0.29	0.41	14.9	38
Uzbekistán	-	-	-	-	2.8	-	1862	28	6.2	94	0.1	2.6	1.0	0.03	0.86	13.7	63
<b>AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE</b>																	
Bolivia	21	10	7	8	2.0	15	2600	63	12.4	85	0.1	2.3	0.8	0.12	0.11	22.7	35
Brazil	-	-	-	-	2.7	13	7935	22	15.1	100	0.7	2.0	1.3	0.10	0.51	7.3	70
Colombia	17	1	6	3	4.0	28	6945	64	11.7	74	0.7	3.6	1.3	0.03	0.24	6.1	68
República Dominicana	14	2	2	1	3.2	18	6863	29	13.5	65	1.7	2.5	1.3	0.09	0.66	10.9	66
Ecuador	20	5	6	7	2.8	-	3768	46	11.1	60	0.3	3.5	1.7	0.03	0.24	7.4	59
El Salvador	22	10	8	7	3.0	24	4894	48	14.6	59	0.7	3.0	1.9	0.07	0.43	9.0	61
Guatemala	24	12	7	8	1.6	17	4263	56	11.1	41	1.1	2.5	1.2	0.10	0.41	23.1	34
Guyana	21	7	1	4	2.9	4	4244	35	13.9	97	2.5	2.0	-	0.20	-	-	36
Haiti	26	5	8	8	1.9	23	1680	65	5.5	20	5.6	1.8	1.0	0.25	0.39	39.6	22
Honduras	8	1	2	3	3.5	-	2760	48	12.0	37	1.2	1.9	0.9	0.09	0.16	11.2	51
Jamaica	-	-	-	-	4.0	7	3950	19	14.7	85	1.2	3.1	2.5	0.13	0.18	10.8	63
México	28	10	7	7	3.1	16	9645	20	15.2	83	0.3	3.5	-	0.03	-	19.0	59
Nicaragua	24	12	8	8	2.1	18	3481	48	13.1	66	0.2	3.0	0.7	0.08	0.17	14.6	66
Paraguay	10	5	7	4	2.3	17	4817	22	10.3	66	0.5	2.6	2.3	0.06	0.06	6.6	61
Perú	25	11	7	5	2.7	12	5395	49	12.9	86	0.5	2.4	1.1	0.15	0.11	10.2	47
<b>ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE</b>																	
Egipto	-	-	-	-	2.6	3	4200	17	12.2	82	0.1	2.7	1.4	0.08	0.55	9.5	57
Jordania	26	9	7	5	3.3	14	4765	12	15.2	87	0.1	2.8	1.6	0.03	0.49	11.0	41
Marruecos	26	11	7	8	4.0	4	4253	19	12.7	41	0.1	1.7	1.5	0.12	0.68	10.0	55
Yemen	13	10	6	5	3.8	8	809	29	8.7	29	0.1	1.5	0.1	0.15	0.25	38.6	13
<b>ÁFRICA SUBSAHARIANA</b>																	
Benin	8	3	6	4	2.9	-	1085	29	13.2	17	1.9	2.8	0.5	0.09	0.11	27.2	7
Burkina Faso	17	10	7	4	3.9	3	1168	46	12.6	9	4.2	2.8	0.2	0.11	0.05	28.8	9
Camerún	20	7	6	7	3.3	7	2117	40	9.8	28	6.9	2.5	0.2	0.15	0.50	20.2	13
Chad	-	-	-	-	3.8	-	1337	64	8.3	7	4.8	1.5	0.2	0.28	-	9.7	2
Costa de Marfil	5	1	1	0	2.8	6	1474	15	6.7	18	7.0	1.8	0.1	0.21	0.29	27.7	7
Eritrea	18	7	3	3	3.0	2.7	962	53	9.1	22	2.7	1.8	0.1	0.18	0.16	27.0	5
Etiopía	12	4	6	2	1.8	13	750	44	8.9	16	4.4	1.6	0.3	0.28	0.44	35.2	14
Gabón	-	-	-	-	1.3	-	5699	-	12.2	42	8.1	1.7	0.7	0.17	0.35	28.0	12
Gambia	7	1	4	4	2.4	-	1885	58	13.2	28	1.2	2.5	-	0.21	-	-	9
Ghana	20	10	7	5	3.8	8	2221	40	14.5	38	3.1	2.9	0.7	0.08	0.13	34.0	19
Guinea	-	-	-	-	2.1	9	2158	40	9.2	15	2.1	2.1	0.2	0.24	0.36	24.2	6
Kenia	13	11	7	4	3.3	10	1130	52	10.6	32	6.7	2.8	0.5	0.11	0.32	24.5	32
Madagascar	22	11	7	4	2.7	3	843	71	14.3	14	1.7	2.7	0.7	0.16	0.47	23.6	17
Malawi	19	9	7	8	2.0	-	631	65	11.7	29	14.2	2.9	0.6	0.12	0.52	29.7	28
Mali	16	10	7	6	3.7	-	953	64	14.0	14	1.9	2.6	0.2	0.22	0.43	28.5	6
Mauritania	-	-	-	-	1.6	-	2048	46	13.8	20	0.6	2.3	0.0	0.11	0.35	31.6	5
Mozambique	12	5	6	3	3.7	-	1168	69	12.6	13	12.2	2.7	0.3	0.11	0.21	18.4	12
Namibia	-	-	-	-	3.9	15	7515	34	17.1	66	21.3	2.8	0.4	0.17	0.25	22.1	43
Nigeria	12	7	6	5	2.4	3	966	34	7.7	32	5.4	2.3	0.4	0.16	0.02	16.9	8
Ruanda	19	10	7	7	3.5	-	1241	60	10.7	15	5.1	2.3	0.3	0.24	0.19	35.6	10
Senegal	15	10	7	4	3.5	15	1662	33	13.9	16	0.8	2.6	0.1	0.11	0.21	34.8	10
Sudáfrica	-	-	-	-	3.4	12	10964	11	17.6	91	21.5	2.6	0.8	0.23	0.23	15.0	55
Tanzania	25	10	8	7	3.3	-	671	36	12.3	5	8.8	2.6	0.4	0.10	0.21	21.8	20
Togo	15	9	7	6	3.0	4	1508	32	9.2	22	4.1	3.1	0.5	0.04	0.13	32.3	9
Uganda	19	9	7	5	3.3	10	1448	38	11.2	18	4.1	1.7	0.3	0.24	0.18	34.6	19
Zambia	22	10	7	5	2.6	3	890	73	11.9	25	16.5	2.1	0.4	0.27	0.32	27.4	23
Zimbabue	25	8	7	8	3.5	3	2041	35	5.8	35	24.6	3.0	2.2	0.12	0.65	12.9	50

Tabla 2. PUNTAJES PONDERADOS DE LOS COMPONENTES

	Cadena de suministro (20 puntos)	Finanzas (20 puntos)	Entorno social y de salud (20 puntos)	Acceso (20 puntos)	Utilización (20 puntos)	Total (max=100 puntos)
<b>ASIA Y EL PACIFICO</b>						
Bangladesh	19.3	6.6	12.0	12.7	12.0	62.7
Camboya	12.5	9.6	10.0	10.0	9.0	51.1
India	14.2	7.5	12.7	11.0	9.3	54.6
Indonesia	19.4	8.2	15.4	12.6	14.9	70.5
Nepal	19.1	7.6	11.3	11.8	10.3	60.2
Pakistán	12.8	6.1	9.9	11.3	9.0	49.1
Filipinas	13.6	7.6	15.3	11.3	11.4	59.2
Vietnam	15.4	6.9	13.8	13.4	13.3	62.9
<b>PROMEDIO</b>	<b>15.8</b>	<b>7.5</b>	<b>12.6</b>	<b>11.8</b>	<b>11.2</b>	<b>58.8</b>
<b>EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL</b>						
Armenia	12.0	6.3	15.3	7.7	11.1	52.4
Azerbaián	3.0	6.2	14.1	9.7	9.8	42.8
Georgia	15.3	6.0	14.2	10.2	9.7	55.5
Kazajstán	10.2	9.9	15.0	11.5	11.2	57.8
Kirguizistán	17.1	7.0	15.0	11.5	10.1	60.7
Turquia	10.5	9.4	14.2	12.3	12.1	58.6
Türkmenistán	10.5	13.0	14.3	11.8	10.9	60.4
Ucrania	10.3	10.3	15.4	10.2	11.1	57.3
Uzbekistán	17.2	8.1	14.3	11.4	10.0	61.0
<b>PROMEDIO</b>	<b>11.8</b>	<b>8.5</b>	<b>14.7</b>	<b>10.7</b>	<b>10.7</b>	<b>56.3</b>
<b>AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE</b>						
Bolivia	15.9	6.7	15.1	10.2	11.9	59.8
Brasil	9.8	10.6	16.6	10.2	13.6	60.9
Colombia	11.2	11.0	14.1	13.4	15.5	65.2
Rep Dominicana	6.9	11.0	13.8	11.1	11.9	54.6
Ecuador	13.3	7.8	13.1	13.4	14.7	62.3
El Salvador	16.9	10.5	13.8	12.4	13.3	66.9
Guatemala	16.6	8.1	11.7	11.1	9.8	57.2
Guyana	10.5	5.8	15.9	9.1	10.6	51.9
Haití	15.0	8.0	8.5	8.6	6.9	47.0
Honduras	7.3	4.4	11.5	12.1	14.1	49.5
Jamaica	19.4	8.2	15.4	12.6	14.9	70.5
México	17.2	12.0	15.5	13.8	14.7	73.2
Nicaragua	17.3	8.7	13.9	11.6	14.7	66.3
Paraguay	11.0	10.6	13.3	12.1	16.1	63.1
Perú	15.7	7.9	15.2	10.4	14.4	63.6
<b>PROMEDIO</b>	<b>13.6</b>	<b>8.8</b>	<b>13.8</b>	<b>11.5</b>	<b>13.1</b>	<b>60.8</b>
<b>ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE</b>						
Egipto	13.8	7.6	14.8	11.6	12.2	60.0
Jordania	15.8	10.7	15.8	12.1	11.3	65.8
Marruecos	18.6	7.7	12.5	11.4	11.1	61.3
Yemen	14.0	5.9	10.5	8.2	7.4	46.0
<b>PROMEDIO</b>	<b>15.6</b>	<b>8.0</b>	<b>13.4</b>	<b>10.8</b>	<b>10.5</b>	<b>58.3</b>
<b>ÁFRICA SUBSAHARIANA</b>						
Benín	10.0	7.9	10.5	11.0	9.4	48.8
Burkina Faso	15.2	4.6	9.5	10.8	9.8	49.9
Camerún	14.8	6.2	9.8	9.9	8.2	48.8
Chad	7.3	2.8	8.3	7.4	9.6	35.5
Costa de Marfil	4.3	7.4	8.4	8.4	8.2	36.7
Eritrea	10.7	3.5	9.8	8.5	9.0	41.5
Etiopía	8.6	6.8	9.1	7.7	6.6	38.9
Gabón	8.4	10.1	11.1	8.8	8.1	46.4
Gambia	5.7	6.0	11.3	9.6	9.1	41.7
Ghana	15.5	6.5	12.0	11.4	9.2	54.6
Guinea	11.4	6.8	9.3	9.1	8.1	44.6
Kenia	14.2	5.7	10.3	10.9	10.1	51.2
Madagascar	14.9	2.9	10.5	10.6	8.2	47.1
Malawi	15.4	6.1	9.3	11.1	7.7	49.6
Malí	15.8	3.5	10.5	9.7	7.1	46.4
Mauritania	12.1	7.1	11.0	9.7	7.1	47.0
Mozambique	11.6	3.6	8.7	10.5	10.3	44.7
Namibia	10.8	10.2	12.0	10.4	11.6	55.1
Nigeria	12.3	5.4	9.8	9.7	11.4	48.6
Ruanda	17.1	4.6	9.4	9.1	8.0	48.1
Senegal	14.5	8.4	10.7	10.4	8.0	51.9
Sudáfrica	7.0	12.2	13.8	10.0	13.5	56.4
Tanzania	17.6	5.3	8.6	10.6	10.4	52.4
Togo	15.1	8.5	9.6	11.9	8.8	53.8
Uganda	14.9	6.8	9.8	8.1	8.8	48.5
Zambia	15.2	2.7	8.8	8.6	9.1	44.4
Zimbabue	17.3	5.7	7.0	12.4	10.6	52.9
<b>PROMEDIO</b>	<b>12.5</b>	<b>6.2</b>	<b>10.0</b>	<b>9.9</b>	<b>9.1</b>	<b>47.6</b>
<b>PROMEDIO GLOBAL</b>	<b>13.3</b>	<b>7.4</b>	<b>12.1</b>	<b>10.7</b>	<b>10.6</b>	<b>54.1</b>

Figura I. PUNTAJES PONDERADOS TOTALES: 63 PAÍSES

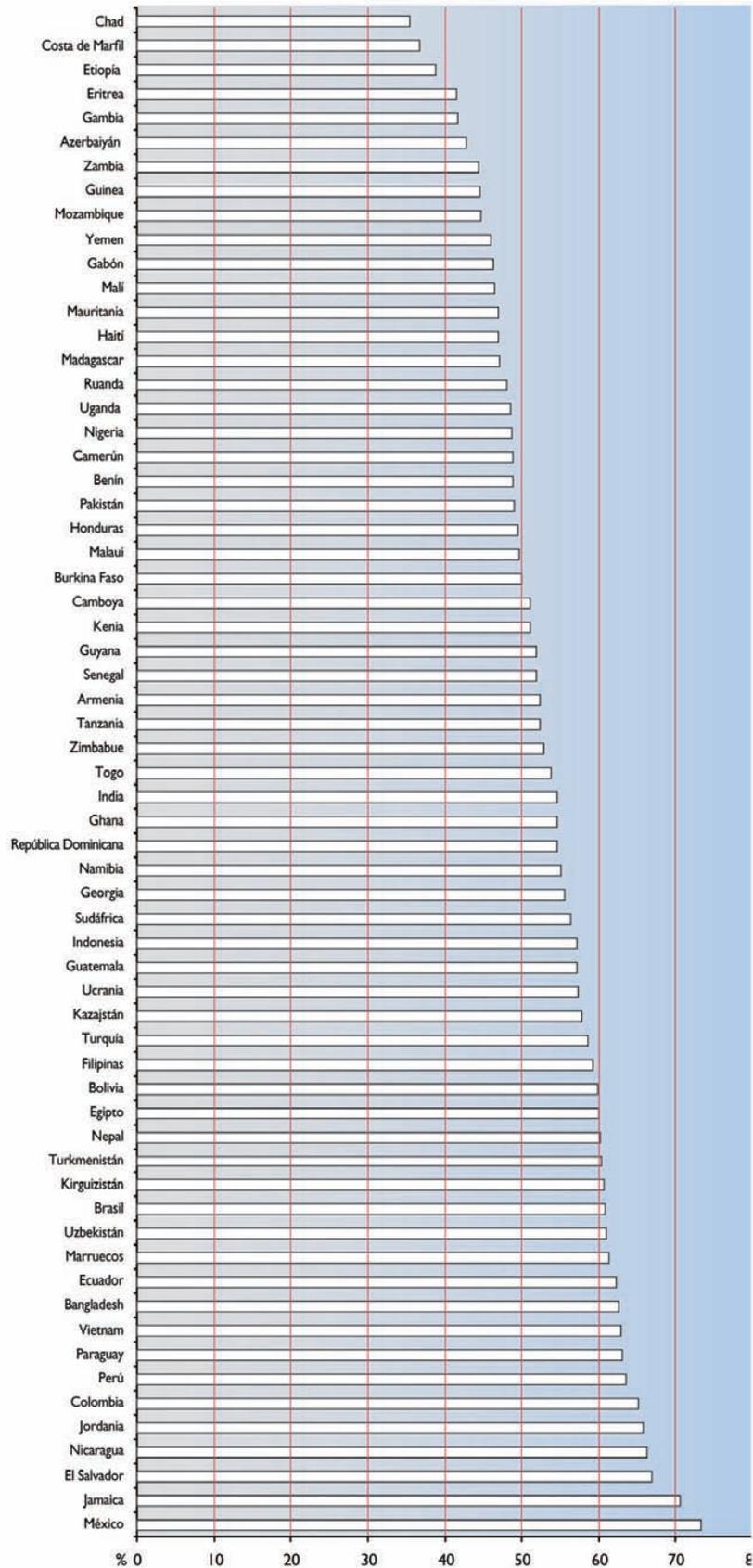


Figura 2. PUNTAJES TOTALES PROMEDIADOS POR REGIÓN

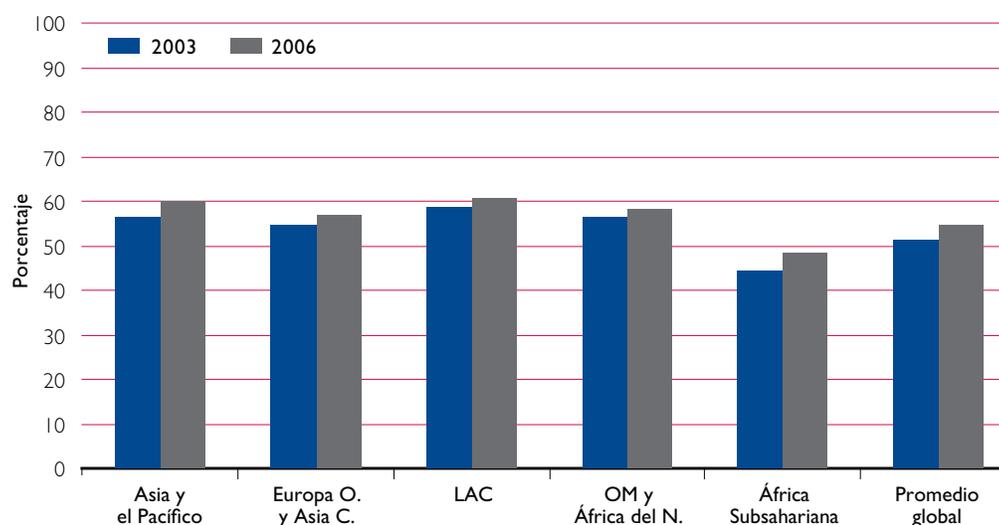
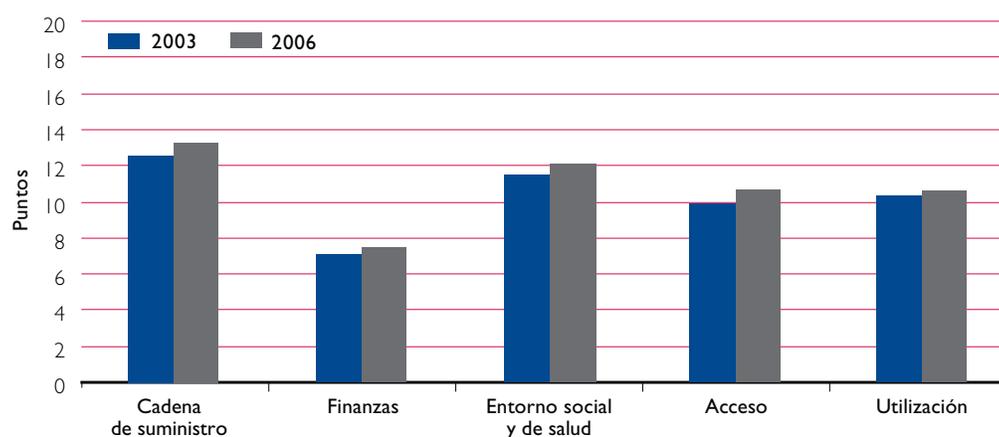


Figura 3. PUNTAJES TOTALES PROMEDIADOS POR COMPONENTE



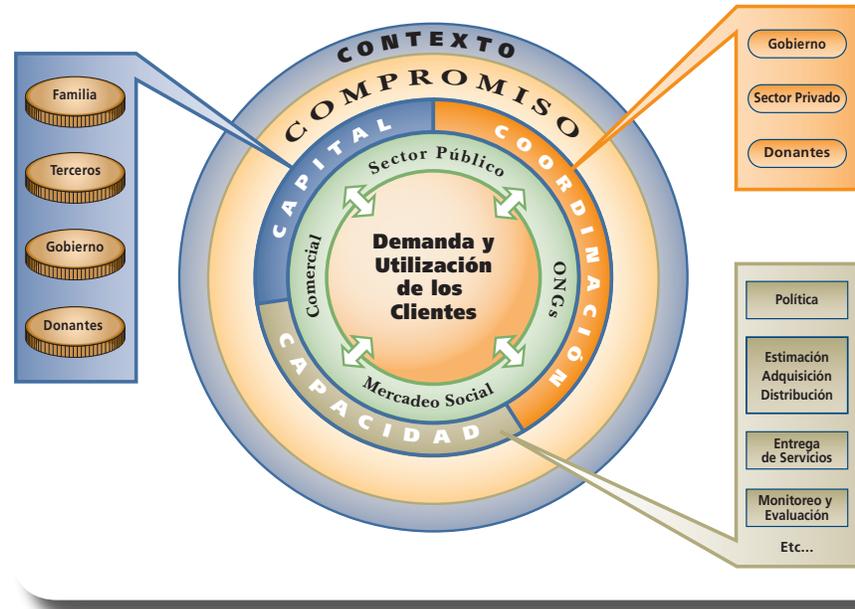
El proceso de elaboración del *Índice de DAIA* fue planificado para minimizar los costos de recolección de datos (utilizando sólo datos secundarios), y para maximizar la fiabilidad, validez y replicabilidad de los datos. Los indicadores seleccionados son una mezcla de entradas y salidas, y temas programáticos y de nivel macro. Juntos, ellos dan una visión panorámica de la DAIA y promueven un enfoque intersectorial para tratarla. Aunque algunos indicadores están altamente correlacionados, cada uno representa un aspecto importante de la DAIA. Los 17 indicadores están expuestos en los cinco componentes de DAIA descritos abajo; los componentes están agregados para crear el índice. Para obtener información detallada sobre la forma en que los datos faltantes fueron introducidos para calcular el índice, cómo fueron ponderados los indicadores y otros temas técnicos, por favor consulte el *Índice de DAIA 2003: Manual Técnico* (JSI/DELIVER y Futures Group/POLICY Project 2004).<sup>1</sup>

1. El Contraceptive Security Index Technical Manual está disponible en Internet en [www.deliverjsi.com](http://www.deliverjsi.com) o [www.healthpolicyinitiative.com](http://www.healthpolicyinitiative.com).

# Definiciones

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

Figura 4. MARCO DE TRABAJO DE SPARHCS



Cuando se calculó el *Índice de DAIA 2003*, la base de datos más grande que estaba disponible, con los cuatro indicadores enumerados abajo, era la de *Indicadores Combinados para la Gestión Logística de Anticonceptivos* (JSI/FPLM y EVALUATION Project 1999)<sup>2</sup> del proyecto de *Administración Logística de Planificación Familiar* (FPLM). Esta herramienta fue actualizada y mejorada bajo el proyecto DELIVER y se transformó en el *Instrumento de Evaluación del Sistema Logístico* (IESL) (JSI/DELIVER 2004),<sup>3</sup> que es la fuente de la información actualizada para los cuatro primeros indicadores del *Índice de DAIA 2006*. Las dos herramientas son comparables porque el IESL fue originado directamente de los *Indicadores Combinados*; sin embargo, en el nuevo instrumento cambió el puntaje máximo posible para cada indicador. Debido al cambio en la herramienta de recolección de datos y en la metodología, por el momento no se recomienda hacer comparaciones en el tiempo a nivel de país.

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

2. Personal del Proyecto de Administración Logística de Planificación Familiar (el proyecto predecesor de DELIVER) y homólogos del Ministerio de Salud apuntaron los Indicadores Compuestos de Administración Logística de Anticonceptivos a través de charlas en grupos de discusión participativos realizadas en cada país en 1999–2000.

3. Personal de DELIVER y homólogos del Ministerio de Salud apuntaron estos indicadores en 2006 para los sistemas de logística de anticonceptivos de sector público basados en la opinión de expertos de cada país.

El quinto indicador relacionado con el suministro se obtuvo de los resultados de la encuesta Esfuerzo de Planificación Familiar (FPE) (Ross, Stover y Adelaya 2006).<sup>4</sup>

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

**Componente II: Finanzas**—Para garantizar la DAIA, es fundamental el financiamiento sostenible y adecuado para la adquisición de anticonceptivos, entrega de servicios y otros componentes del programa, por parte de donantes y entidades crediticias internacionales, gobiernos nacionales o locales, familias y terceros. Sin un compromiso de financiamiento, se verán afectados la calidad del programa y el acceso, y la DAIA no será sostenible. No se dispone de información amplia o completa que pueda dar una visión adecuada, a nivel de país, del financiamiento anticonceptivo por donante/entidad crediticia, terceros (p. ej., aseguradoras, empleadores) o el sector privado. Se utilizan tres indicadores para obtener las posibilidades de financiamiento del gobierno y la familia en cuanto a servicios de planificación familiar y anticonceptivos en un país. Los *Indicadores de Desarrollo Mundial* (IDM) del Banco Mundial fueron la fuente de estos indicadores (IBRD/Banco Mundial 2006).

- **Gastos en salud del gobierno como porcentaje del total de gastos gubernamentales**—El compromiso de un gobierno nacional con la salud pública, específicamente con la salud reproductiva y la planificación familiar, es fundamental para la DAIA. Los segmentos más pobres de una población dependen de servicios de salud gratuitos o subsidiados, ofrecidos a menudo por el gobierno como servicios de salud esenciales para la prevención y la curación. Este indicador es una medida del compromiso político para los gastos en salud pública y representa el compromiso gubernamental con los programas de planificación familiar. Un mayor compromiso con los gastos en salud significa más fuentes potenciales para los programas de planificación familiar, que forman parte de los programas globales de salud del gobierno. Este indicador se obtiene de dos indicadores del IDM: gastos públicos en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB), dividido por los gastos totales del gobierno como porcentaje del PIB:  
$$(\text{Gasto Gbno. en Salud/PIB}) \div (\text{Gast. Total. Gbno./PIB}) = (\text{Gasto Gbno. en Salud/Gasto Total. Gbno.})$$
- **INB per cápita**—Una mayor capacidad para pagar por anticonceptivos a nivel de familia está asociada con mejores posibilidades para la DAIA. Para permitir una mejor comparación entre países, este indicador representa la capacidad potencial del consumidor medio para pagar por servicios de planificación familiar y anticonceptivos, y se expresa en la paridad del poder adquisitivo (PPA), el cual corrige las diferencias del precio en el mercado de los bienes en cada país.
- **Nivel de pobreza**—Mientras el ingreso per cápita mide la capacidad de pago del consumidor medio, siempre hay desigualdades en la distribución del ingreso. Los altos índices de pobreza amenazan la DAIA, si no se hacen provisiones para garantizar que los pobres tengan acceso a los servicios y productos. Los índices más altos de pobreza pueden indicar una mayor dependencia de la población con el sector público, añadiendo presión a los sistemas ya sobrecargados. Debido a que los índices más altos de pobreza están asociados con ingresos familiares más bajos y un acceso escaso a la asistencia médica, estos índices también están asociados con unas posibilidades más bajas de seguridad anticonceptiva. Este indicador se expresa como el porcentaje de la población nacional que vive bajo la línea de pobreza, definida nacionalmente.

4. El Esfuerzo de Planificación Familiar se realiza periódicamente en todo el mundo mediante la administración de un cuestionario a destinatarios expertos de cada país.

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

- **Gobierno**—Un ambiente político más sano puede mejorar las posibilidades de la seguridad anticonceptiva. Un gobierno responsable, estable, eficaz y transparente, tiene más probabilidades de comprometerse con la salud y el bienestar de su población y utilizar sus recursos de forma adecuada para el bien público. También es más probable que los donantes internacionales proporcionen apoyo financiero y material a dicho gobierno. Es más probable que el sector privado invierta para crear nuevos mercados para anticonceptivos o expandir los ya existentes. Este indicador es una medida compuesta de gobernabilidad que incluye seis dimensiones gubernamentales: voz y rendición de cuentas, estabilidad política, efectividad gubernamental, calidad regulatoria, estado de derecho, y control de la corrupción. Se origina del documento *Governance Matters* del Banco Mundial (Kaufmann, Kraay y Mastruzzi 2005).
- **Educación de las mujeres**—El logro de la educación de las mujeres es uno de los mejores pronósticos del uso de anticonceptivos. Es más probable que las mujeres que se han educado más allá de la escuela primaria usen un método contraceptivo. Además, en países donde la situación de la mujer es buena, es más probable que las mujeres educadas promuevan la protección de los programas de planificación familiar. Este indicador se expresa como el porcentaje de las mujeres matriculadas en colegios de enseñanza secundaria, y se define como la relación entre el número de estudiantes matriculados en colegio secundario y la población en el grupo aplicable de edad (porcentaje de matriculación bruta). Los porcentajes de matriculación en colegio secundario se obtuvieron de la base de datos DataFinder del Population Reference Bureau (*2005 Women of Our World* y la *hoja de datos The World's Youth 2006*).
- **Prevalencia del VIH en adultos**—Cada vez más se reconoce que una incidencia más alta de VIH en la población puede socavar las posibilidades de disponibilidad asegurada de anticonceptivos. El VIH/SIDA contribuye a que los niveles de pobreza sean más altos, y la pandemia ha colocado nuevas y competentes demandas sobre el financiamiento de la salud. Este indicador se expresa como el porcentaje de adultos de 15–49<sup>5</sup> años de edad que se encontraban infectados con el VIH a fines del 2003. Los porcentajes de prevalencia del VIH en adultos fueron obtenidos del Informe sobre la *epidemia mundial de VIH/SIDA 2005 de UNAIDS*.

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

- **Acceso a métodos modernos de planificación familiar**—Un acceso inmediato y fácil a una amplia variedad de métodos anticonceptivos para los clientes está asociado con mejores posibilidades de DAIA. Cuando los servicios de planificación familiar se encuentran ampliamente disponibles, es muy difícil cambiar el progreso en el acceso y disponibilidad de estos servicios y productos. Este indicador del estudio de FPE mide el porcentaje de la población de un país que tiene un acceso inmediato y fácil a la esterilización masculina y femenina, píldoras, inyecciones, condones, espermicidas y DIUs (Ross, Stover y Adelaja 2006).<sup>6</sup>

5. La prevalencia de VIH entre adultos en edad fértil (15-49) se utiliza como indicador para el Índice de DAIA, porque esta población tiene más probabilidades de usar anticonceptivos y aprovechar los servicios de programas de PF, lo que la convierte en la población más relevante para la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. También son los datos más disponibles.

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

- **Alcance del sector público**—Los programas de planificación familiar del sector público, que ofrecen servicios y productos fuertemente subsidiados (y a veces gratuitos), están diseñados para satisfacer las necesidades de los segmentos pobres y casi pobres de la población. Este financiamiento del sector público se encuentra limitado en virtualmente todos los países. El grado en que la gente más pobre se beneficia de estos servicios subsidiados—mientras los clientes más adinerados, que pueden permitirse pagar por servicios y productos, tienen y usan otras opciones—se refleja sobre la DAIA a largo plazo en un país. Este indicador mide la proporción de anticonceptivos distribuidos a través de los canales del sector público que van a los clientes pobres o casi pobres de la planificación familiar de un país. *Los pobres o casi pobres* son los clientes que están en el 40 por ciento más bajo de la población, como lo define el índice de estándar de vida (IEV). Los datos de los estudios demográficos y de salud (EDS) y los estudios de salud reproductiva (ESR) se usan para computar el IEV y la distribución de los usuarios de PF del sector público entre las categorías del IEV.<sup>7</sup>
- **Extensión del acceso a métodos modernos de planificación familiar**—El acceso a una amplia variedad de métodos de planificación familiar representa una elección para los clientes. El acceso a una gama de métodos también puede significar que si un método no está disponible, los clientes podrán disponer de otros métodos mientras tanto. Este concepto de elección es primordial para la DAIA, sin tener en cuenta qué métodos elige el cliente (se refleja en el *Componente V*). Este indicador está relacionado con el indicador de acceso (arriba) y utiliza los mismos datos del estudio de FPE. Mide si los clientes tienen un acceso inmediato y fácil a una amplia variedad de al menos tres métodos anticonceptivos, seleccionando el método con el puntaje más alto, menos el método con el tercer puntaje más alto, dividido por la suma de los puntajes de acceso para todos los métodos (Ross, Stover y Adelaya 2006).<sup>3</sup>

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

- **Mezcla de métodos**—Mientras los indicadores de acceso (*ver Componente IV*) miden el grado de acceso inmediato y fácil a los métodos que tienen los consumidores, este indicador mide el grado en que los consumidores utilizan una variedad de métodos. Mientras más amplia es la gama de los métodos utilizados, mejores son las posibilidades de la DAIA, pues esto demuestra que las mujeres tienen una opción y eligen de una variedad de métodos. Este indicador se midió como la diferencia en los porcentajes de prevalencia entre el método moderno más frecuente en un país y el tercer método moderno más frecuente, dividido para la prevalencia total del método moderno. Un valor más alto indica una concentración más alta del uso en un número limitado de métodos, lo cual se interpreta como que no conduce a la DAIA. Este indicador se obtuvo de los conjuntos de datos más recientes de los EDS o ESR para cada país.
- **Necesidad no satisfecha de PF**—La necesidad no satisfecha es un indicativo de barreras para el acceso y uso de la planificación familiar. Mientras más alto es el porcentaje de mujeres con necesidades no satisfechas en anticoncepción, más escasas son las posibilidades de seguridad anticonceptiva, pues esto representa a unos clientes que expresan la necesidad de utilizar una planificación familiar pero no pueden hacerlo o no la hay. Este indicador mide el porcentaje de mujeres que expresan el deseo de espaciar o limitar su próximo embarazo, o de quienes hubieran preferido evitar o retrasar su embarazo actual, pero no están usando un método anticonceptivo. Este indicador se obtuvo de los conjuntos de datos más recientes de los EDS o ESR para cada país.
- **Tasa de prevalencia anticonceptiva (TPA)**—Este indicador es el resultado más obvio de la DAIA—es decir, las mujeres que realmente utilizan la anticoncepción. Un uso más alto de anticonceptivos es indicativo de un mejor acceso y disponibilidad de éstos para la población. El aumento del uso de

7. Generalmente las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) se realizan con la supervisión de un proyecto subsidiado centralmente por USAID. En algunos países, se ha utilizado la Investigación Demográfica y de Salud, similar a la EDS pero supervisada por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, cuando no se disponía de un conjunto de datos de la EDS.

anticonceptivos también animará a mejorar la disponibilidad en los sectores público y privado por medio de las presiones políticas y las fuerzas del mercado. Este indicador mide el porcentaje de mujeres casadas, en edad reproductiva, que utilizan actualmente un método moderno de planificación familiar. Los datos provienen de la hoja de datos *2006 World Population del Population Reference Bureau*.

# REFERENCIAS

- Hare, L., Hart, C., Scribner, S., Shepherd, C., Pandit, T. (ed.), and Bornbusch, A. (ed.). 2004. *SPARHCS: Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security. A Tool for Assessment, Planning, and Implementation*. Baltimore, Md.: Information and Knowledge for Optimal Health (INFO) Project/Center for Communications Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- International Bank for Reconstruction and Development (IBRD)/World Bank. 2006. *World Development Indicators 2006*. (<http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/index2.htm>)
- John Snow, Inc./DELIVER. 2004. *Logistics System Assessment Tool (LSAT)*. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER, for the U.S. Agency for International Development.
- John Snow, Inc./DELIVER and Futures Group/POLICY Project. 2004. *Contraceptive Security Index 2003: Technical Manual*. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER, for the U.S. Agency for International Development.
- John Snow, Inc./Family Planning Logistics Management (JSI/FPLM) and the EVALUATION Project. Abril 1999. *Composite Indicators for Contraceptive Logistics Management*. Arlington, Va.: JSI/FPLM, for the U.S. Agency for International Development.
- Kaufmann, Daniel, Aart Kraay, and Massimo Mastruzzi. Mayo 2005. *Governance Matters IV: Governance Indicators for 1996–2004*. (<http://www.worldbank.org/wbi/governance/govdata/>)
- Population Reference Bureau. Marzo 2005. *2005 Women of Our World*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau. ([www.prb.org](http://www.prb.org))
- Population Reference Bureau. August 2006. *2006 World Population Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau. ([www.prb.org](http://www.prb.org))
- Population Reference Bureau. February 2006. *The World's Youth 2006 Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau. ([www.prb.org](http://www.prb.org))
- Ross, John, John Stover, and Demi Adelaja. March 2006. *Family Planning Programs in 2004: Efforts, Justifications, Influences, and Special Populations of Interest*. Working paper. Chapel Hill: MEASURE/Evaluation Project of the Carolina Population Center.
- UNAIDS. 2005. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2005*. Geneva: UNAIDS.



# RECURSOS ADICIONALES

- Ashford, L. 2002. *Securing Future Supplies for Family Planning and HIV/AIDS Prevention*. Washington, DC: MEASURE Communication/Population Reference Bureau. ([http://www.prb.org/pdf/SecFutureSupplies\\_Eng.pdf](http://www.prb.org/pdf/SecFutureSupplies_Eng.pdf))
- Druce, Nel. March 2006. *Reproductive Health Commodity Security (RHCS) Country Case Studies Synthesis: Cambodia, Nigeria, Uganda and Zambia*. London: DFID Health Resource Centre.
- Family Planning Logistics Management (FPLM)/John Snow, Inc. (JSI). 2000. *Programs That Deliver: Logistics' Contributions to Better Health in Developing Countries*. Arlington, Va.: FPLM/JSI, for the U.S. Agency for International Development. ([http://deliver.jsi.com/2002/Pubs/Pubs\\_Policy/Programs\\_That\\_Deliver/index.cfm](http://deliver.jsi.com/2002/Pubs/Pubs_Policy/Programs_That_Deliver/index.cfm))
- Finkle, C. 2003. *Ensuring Contraceptive Supply Security*. Outlook vol. 2, no. 3. Seattle: Program for Appropriate Technology in Health (PATH). ([http://www.path.org/files/eol20\\_3.pdf](http://www.path.org/files/eol20_3.pdf))
- Finkle, Clea T., Jane Hutchings, and Janet Vail. 2001. *Contraceptive Security: Toward a Framework for a Global Assessment*. Seattle: Program for Appropriate Technology in Health (PATH).
- Quijada, Caroline, Tania Dmytraczenko, and Beaura Mensah. July 2004. *Ensuring Contraceptive Security within New Development Assistance Mechanisms*. Bethesda, Md.: The Partners for Health Reformplus Project, y Abt Associates, Inc.
- Rao, Raja, Peter Mellon, and David Sarley. 2006. *Procurement Strategies for Health Commodities: An Examination of Options and Mechanisms within the Commodity Security Context*. Arlington, Va.: DELIVER, for the U.S. Agency for International Development.
- Sarley, David, Raja Rao, Carolyn Hart, Leslie Patykewich, Paul Dowling, Wendy Abramson, Chris Wright, Nadia Olson, y Marie Tien. 2006. *Contraceptive Security: Practical Experience in Improving Global, Regional, National, and Local Product Availability*. Arlington, Va.: DELIVER, for the U.S. Agency for International Development.
- Sine, J., and S. Sharma, 2002. *Policy Aspects of Achieving Contraceptive Security*. Policy Issues in Planning and Finance No 1. Washington, DC: POLICY Project/ Futures Group International. ([http://www.policyproject.com/pubs/policyissues/PI\\_Eng.pdf](http://www.policyproject.com/pubs/policyissues/PI_Eng.pdf))
- Taylor, Patricia A., Nora Quesada, Wendy Abramson, Varuni Dayaratna, and Leslie Patykewich. 2004. *Regional Report: Contraceptive Security in Latin America and the Caribbean. Results and Recommendations*. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER and Washington, DC: Futures Group/POLICY Project, for the U.S. Agency for International Development.
- United Nations Population Fund (UNFPA). 2002. *Reproductive Health Essentials: Securing the Supply*. New York: UNFPA. ([http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/39\\_filename\\_securingupply\\_eng.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/39_filename_securingupply_eng.pdf))
- U.S. Agency for International Development (USAID). 2004. *Contraceptive Security: Ready Lessons*. Baltimore, Md.: INFO Project/Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, for the U.S. Agency for International Development. (<http://www.dec.org>, buscar bajo “contraceptive security”).

**En los siguientes sitios web se puede encontrar recursos adicionales para la DAIA:**

USAID | DELIVER PROJECT: ([www.deliver.jsi.com](http://www.deliver.jsi.com))

Health Policy Initiative (HPI): ([www.healthpolicyinitiative.com](http://www.healthpolicyinitiative.com))

Maximizing Access and Quality (MAQ) Initiative: ([www.maqweb.org](http://www.maqweb.org))

Partners for Health Reformplus Project: ([www.phrplus.org](http://www.phrplus.org))

POLICY Project: ([www.policyproject.com](http://www.policyproject.com))

Population Action International: ([www.populationaction.org](http://www.populationaction.org))

PSP-One Project (anteriormente Commercial Market Strategies Project):  
([www.psp-one.com](http://www.psp-one.com))

The Supply Initiative: ([www.rhsupplies.org](http://www.rhsupplies.org))

UNFPA: ([www.unfpa.org](http://www.unfpa.org))

USAID: ([www.usaid.gov](http://www.usaid.gov))

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

La Coalición para Suministros de Salud Reproductiva es una alianza de 21 miembros, integrada por donantes, organizaciones multilaterales, fundaciones privadas, organizaciones no gubernamentales, gobiernos de países con ingresos bajos y medios, y otras entidades dedicadas a mejorar la salud mundial y la calidad de vida mediante el aseguramiento del acceso a productos de salud reproductiva (SR) de alta calidad. La coalición trabaja para sintetizar y compartir la información, el conocimiento y la experiencia; mejorar la coordinación y armonización de los programas, y desarrollar nuevas herramientas y enfoques para resolver los desafíos del financiamiento inadecuado y no confiable para los suministros de SR, ineficiencias en los sistemas de suministros e injusticias en el acceso a los productos de SR. Se puede encontrar más información en ([www.rhsupplies.org](http://www.rhsupplies.org)).

Para más información, visite [www.deliver.jsi.com](http://www.deliver.jsi.com)

**USAID | PROYECTO DELIVER**

John Snow, Inc.

1616 North Ft. Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Phone: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: [askdeliver@jsi.com](mailto:askdeliver@jsi.com)

[www.deliver.jsi.com](http://www.deliver.jsi.com)