

Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos

Lecciones aprendidas II



**Alcanzando a aquellos que están
insuficientemente atendidos**



USAID

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos



Lecciones aprendidas II

Asegurar que los pobres y los insuficientemente atendidos puedan tener acceso a los anticonceptivos y a los servicios de planificación familiar.

¿Qué puede hacer un defensor de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos?

- **Evaluar la situación de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos desagregados por el ingreso, aspectos demográficos (por ejemplo, edad, estado civil, grupos étnicos), ubicación y otros factores que afectan el acceso para identificar a las poblaciones insuficientemente atendidas**
- **Evaluar las barreras al acceso específicas del país usando herramientas que incluyan mapas de pobreza, evaluaciones de beneficiarios y estudios de voluntad de pago**
- **Implementar estrategias para abordar las barreras e incrementar el acceso a los anticonceptivos y servicios de planificación familiar por parte de los pobres y los insuficientemente atendidos, tales como expandir la disponibilidad de los productos y servicios de PF, direccionar los recursos, proveer subsidios y aumentar la participación de la comunidad.**

Concepto clave — Múltiples factores limitan el acceso a los anticonceptivos, creando poblaciones que están insuficientemente atendidas

A pesar de la creciente atención a las necesidades de salud de las poblaciones insuficientemente atendidas, las desigualdades de acceso a los servicios de salud —incluida la planificación familiar— continúan siendo una gran

preocupación. El análisis de los datos de las encuestas de salud indica que existen considerables desigualdades en el uso de los anticonceptivos modernos entre las mujeres de diferentes medios económicos en la mayoría de los países donde la tasa de prevalencia anticonceptiva para las mujeres en uniones es del 50% o menos. Garantizar el acceso a los anticonceptivos y su elección por parte de los grupos insuficientemente atendidos representa un desafío importante para los defensores de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, puesto que existen muchos impedimentos que llevan a la falta de acceso. En verdad, a menudo la incapacidad de los pobres o de los insuficientemente atendidos para acceder a los anticonceptivos se debe a la falta de acceso a los servicios de salud en general, así como a la falta de información sobre los insumos y servicios de salud disponibles.

El acceso restringido a los anticonceptivos no está limitado a los pobres; son muchos los factores que pueden limitar el acceso a los anticonceptivos y a los servicios de planificación familiar (PF). Estos incluyen:

- **Disponibilidad geográfica y física** de los productos y servicios, incluyendo la capacidad de los clientes para viajar a los puntos de entrega de servicios y la existencia de productos y proveedores en los puntos de entrega de servicios.
- **Asequibilidad de los productos y servicios**, la cual está determinada por el precio de los insumos, los costos del viaje, la capacidad de pago de los clientes, su elegibilidad para servicios subsidiados, su participación en los programas de seguro de salud que cubren la planificación familiar, y la pérdida de ingresos como consecuencia del tiempo empleado en viajar y recibir servicios.
- **Lo apropiado** de la manera en que se entregan los servicios y productos, como los días y las horas de funcionamiento, la necesidad de citas, los tiempos de espera, las relaciones cliente-proveedor, la privacidad y el ambiente del establecimiento de salud.
- **Aceptabilidad**, la cual está determinada por las actitudes de los clientes respecto a los proveedores y métodos disponibles, así como los sesgos del proveedor en relación con los usuarios apropiados para un método específico.
- **Calidad**, incluyendo tanto la calidad de los productos como de los servicios para garantizar que los productos se usen de forma apropiada y que los efectos secundarios sean discutidos y manejados satisfactoriamente. El acceso de calidad a un producto requiere tener acceso a proveedores capacitados y motivados, a lugares de prestación de servicios bien preparados y a la información necesaria para realizar elecciones informadas.

Cada uno de estos factores puede ser atendido por medio de intervenciones Relacionados con oferta y Relacionados con la demanda. Por ejemplo, el acceso geográfico deficiente se puede atender construyendo establecimientos de salud en zonas remotas o estableciendo servicios de extensión o de distribución comunitaria para expandir la disponibilidad (una intervención Relacionado con la oferta), o ayudando a las personas a llegar a los servicios o establecimientos ya existentes (una intervención Relacionado con de la demanda).

Es difícil conseguir un amplio éxito en abordar las necesidades de los insuficientemente atendidos, pero algunos países tienen experiencia con estrategias prometedoras que pueden ser adaptadas y utilizadas para mejorar la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos para las poblaciones insuficientemente atendidas.

Diagnóstico de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos para comprender las barreras al acceso

La selección de estrategias destinadas a mejorar el acceso a los servicios y productos anticonceptivos para las poblaciones insuficientemente atendidas requiere comprender qué grupos no están suficientemente atendidos, dónde están ubicados, y cuáles son las barreras que enfrentan para acceder a los insumos anticonceptivos.

Se necesitan datos para medir y analizar el acceso. La tasa de prevalencia de anticonceptivos (TPA) es un indicador importante del acceso a la PF. Otros indicadores relevantes incluyen la mezcla de métodos, las tasas de fertilidad, las tasas de embarazos adolescentes, la necesidad insatisfecha y los diversos gastos del propio bolsillo. Para ayudar a identificar a los grupos insuficientemente atendidos, cada uno de estos indicadores debe analizarse por edad, grupo socioeconómico, residencia rural o urbana y geografía (región/distrito/municipalidad). Las Encuestas de Demografía y Salud, las Encuestas de Estándar de Vida y Bienes, y las Cuentas Nacionales de Salud pueden suministrar algunos de estos datos. Los análisis secundarios de estas fuentes de datos, tal como se discute abajo, pueden proporcionar un cuadro más refinado del acceso para las diferentes poblaciones. (Ver *Lecciones aprendidas II #6: Movilizar los recursos financieros*, en la cual se discuten las Cuentas Nacionales de Salud y las Subcuentas de Salud Reproductiva.). En el Índice de la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (ver Lecturas complementarias), se encuentran datos disponibles sobre el direccionamiento del sector público para muchos países (% de anticonceptivos del sector público que va a los dos quintiles más pobres).

Existen diversos tipos de análisis que ayudan a responder las preguntas sobre el acceso y los grupos insuficientemente atendidos, por ejemplo:

- **Los mapas de pobreza** crean una representación visual de las áreas donde viven los pobres y donde los productos y servicios son con frecuencia

escasos. La información puede provenir de una variedad de fuentes y presentarse a varios niveles (mundial, nacional y local). Los indicadores de pobreza económica (como el PBI per capita o los niveles de subsistencia diaria) o de bienestar (como la esperanza de vida, la mortalidad infantil o la alfabetización) son los de uso más frecuente en los mapas de pobreza, y se derivan de los datos de censos nacionales o encuestas a los hogares.

- **La evaluación de beneficiarios** investiga sistemáticamente las percepciones de una muestra de beneficiarios y de otros grupos de interés para asegurar que sus preocupaciones sean escuchadas y se incorporen en la formulación de proyectos y políticas. Este tipo de escucha sistemática puede “dar voz” a los pobres y a otros beneficiarios difíciles de alcanzar, poniendo en relieve las limitaciones a la participación de los beneficiarios, y también brindar retroalimentación útil sobre las intervenciones.
- **La evaluación de mercado total/el análisis de la segmentación de mercado** pueden identificar a los actores clave detrás del uso de servicios/productos específicos por diferentes segmentos de la población, esclareciendo las tendencias de utilización existentes, las necesidades actuales y las brechas en los sistemas de prestación de servicios (ver *Lecciones aprendidas #3: Adoptar un enfoque de mercado total* y *Lecciones aprendidas II #7: Incentivar la colaboración público-privada para un mejor acceso*).
- Los estudios sobre **la voluntad de pago (VP)** pueden contribuir a determinar los puntos de precio y las necesidades para los subsidios direccionados entre diferentes segmentos de la población. La VP se puede evaluar mediante una encuesta que indague cuánto estarían dispuestos a pagar los individuos de diferentes subgrupos por un producto o servicio de salud. Esto permite a los individuos considerar los distintos factores que son importantes para ellos en la provisión de productos anticonceptivos, tales como el ingreso, el valor percibido del producto o la conveniencia de diferentes puntos de venta. Los estudios de la VP son útiles para fijar los precios que serán aceptables para una población objetivo.

Estas evaluaciones ayudan a identificar las barreras al acceso específicas que deben enfrentar los pobres y otros grupos marginales para obtener productos y servicios de planificación familiar. La información generada es crítica para desarrollar estrategias apropiadas que permitan lograr la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos incluyendo a los grupos insuficientemente atendidos.

Mediante el apalancamiento de los datos sobre la pobreza y las alianzas creativas con organizaciones no gubernamentales, el gobierno de Guatemala llega a aquellos “difíciles de alcanzar”

Con más de 25 poblaciones indígenas diversas dispersadas a través de un terreno extremadamente montañoso y de difícil acceso, existe una multitud de formidables barreras geográficas, culturales y lingüísticas para el uso de los anticonceptivos en **Guatemala**. Por más de una década, el Ministerio de Salud guatemalteco, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo y fondos del gobierno, ha procurado aumentar el acceso para estas poblaciones contratando a organizaciones no gubernamentales locales (ONG) para proveer paquetes de servicios de salud básicos mediante el programa “Extensión de servicios de salud”. El objetivo primario de esta estrategia es reducir la necesidad insatisfecha entre las poblaciones rurales e indígenas. A las ONGs se les paga una tarifa per capita, de acuerdo con su cobertura, que incluye los costos de la distribución de anticonceptivos a los centros comunitarios. Las ONG utilizan un equipo básico de salud ambulatorio compuesto por médicos, enfermeras, facilitadores institucionales, facilitadores de la comunidad y parteras tradicionales. En el 2003, los servicios de PF y los insumos anticonceptivos (condones, píldoras e inyectables) pasaron oficialmente a formar parte del programa de Extensión de servicios de salud. En el 2006, este programa entregó anticonceptivos y servicios de PF a través de sus alianzas con aproximadamente 86 ONG.

Al comienzo del programa, se utilizó un mapa de pobreza para identificar a las comunidades más pobres y a aquellas con los peores indicadores de salud, especialmente para la desnutrición. Estas áreas fueron el objetivo del programa de Extensión de servicios de salud. Entre el 2002 y el 2006, la cobertura geográfica aumentó de 3 a 4,5 millones de personas que vivían en pobla-

ciones geográfica y culturalmente aisladas. En el 2001 y el 2005, se llevaron a cabo evaluaciones de los beneficiarios para determinar si hubo mejoras en los servicios de salud para aquellos insuficientemente atendidos; estas revelaron tanto las fortalezas del programa como las áreas que requerían mejoras. En la evaluación de beneficiarios más reciente completada en el 2005, un muestreo de 4.200 familias reportó un alto nivel de satisfacción con los servicios de salud provistos por las ONG, y 60% de los encuestados recibió visitas de los trabajadores de salud comunitarios empleados por las ONG. Estas evaluaciones se enfocan en la salud materno-infantil, de modo que ofrecen pocos datos sobre el éxito del programa para planificación familiar.

El programa de Extensión de servicios de salud tiene un gran potencial para reducir sostenidamente las desigualdades de acceso a la atención de salud, y así encaminarse hacia la cobertura de salud universal en Guatemala. Entre el 2005 y el 2006, los años de protección de pareja en la zona de cobertura incrementaron en aproximadamente 14%. Este éxito puede fortalecerse aún más si las ONG se enfocan más en los servicios de planificación familiar, por ejemplo, incluyendo los indicadores de PF en el monitoreo del desempeño.

Estrategias para aumentar el acceso de los pobres y los grupos insuficientemente atendidos a los productos y servicios de PF

Las estrategias presentadas abajo han sido utilizadas para aumentar el acceso a los productos y servicios para los clientes pobres y otras poblaciones insuficientemente atendidas. Si bien todas estas estrategias han mostrado resultados prometedores para alcanzar a las poblaciones insuficientemente atendidas, necesitarán ser adaptadas y piloteadas de acuerdo al contexto específico del país a fin de mejorar la provisión de insumos de salud reproductiva en ese país. Las estrategias del gobierno para aumentar el acceso a la PF para los grupos insuficientemente atendidos deben ser incluidas en los documentos nacionales de políticas y monitoreadas, incluyendo, por ejemplo, metas de igualdad, estrategias en pro de los pobres e indicadores basados en la igualdad en los planes estratégicos nacionales de salud reproductiva o de disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos.

Promover la cobertura universal de la atención de salud básica es una estrategia popular entre los gobiernos de todo el mundo. Al procurar que los servicios básicos de salud estén disponibles y sean asequibles para todos, incluidos los pobres y los grupos difíciles de alcanzar, los gobiernos promueven la igualdad. Los programas pueden dar énfasis a los “servicios esenciales”, que con frecuencia incluyen intervenciones clave de salud materno-infantil, tales como la planificación familiar, la atención prenatal y las inmunizaciones infantiles. Si bien estos programas promueven la igualdad, los desafíos de lograr la cobertura universal con servicios de buena calidad implican que, en realidad, hay grupos en la población que a menudo permanecen insuficientemente atendidos.

El direccionamiento es el acto de dirigir recursos, o subsidios, a grupos específicos de la población para conseguir ciertos objetivos políticos relacionados con mejorar la igualdad en el sector salud (ver *Lecciones aprendidas II #7: Incentivar la colaboración público-privada para un mejor acceso*). El direccionamiento identifica quién es pobre o necesitado y, por lo tanto, reúne los requisitos para recibir ciertos beneficios. Los programas pueden dirigirse a zonas específicas donde las poblaciones insuficientemente atendidas viven o trabajan o a áreas donde los productos y servicios son escasos. El direccionamiento tiene éxito cuando la mayoría de los recursos direccionados llegan a la población a la cual están destinados. Los programas de direccionamiento necesariamente implican costos administrativos para identificar a los receptores previstos (por ejemplo, el costo de los trabajadores sociales que identifican a los pobres a través de entrevistas). Cuando estos costos son altos, elevan los costos totales del programa y pueden reducir la cantidad de subsidios disponibles.

Los subsidios por el lado de la oferta intentan incrementar el uso de proveedores de salud específicos por parte de los pobres y otras poblaciones insuficientemente atendidas. Por ejemplo, a menudo los gobiernos ofrecen productos o servicios subsidiados a zonas con altas concentraciones de gente pobre o insuficientemente atendida a través del sector público o de ONG, utilizando programas de planificación familiar comunitarios o en las clínicas. El subsidio por el lado de la oferta que se emplea más comúnmente es el *márketing social*, donde los productos subsidiados se venden por medio de puntos de entrega de servicios del sector público y privado. El *márketing social* es eficaz para hacer los productos subsidiados ampliamente disponibles a todos los clientes y, por lo tanto, no dirige eficientemente los subsidios a poblaciones específicas. Los proveedores de servicios e insumos comercializados socialmente tienen poco incentivo para buscar a los clientes pobres o difíciles de alcanzar, y las limitaciones en los canales de distribución típicamente conducen a una mayor disponibilidad en las poblaciones urbanas que en las rurales (ver *Lecciones aprendidas #3: Adoptar un enfoque de mercado*

total, donde se discute el direccionamiento de los subsidios por el lado de la oferta y los efectos en el sector comercial).

Los subsidios por el lado de la demanda incluyen transferencias de efectivo, cupones, y otros mecanismos para reducir los costos de obtener la atención de salud para clientes específicos. Como los subsidios por el lado de la demanda por lo general permiten a los clientes elegir entre los proveedores participantes, estimulan la competencia entre los proveedores y vinculan el pago con el desempeño. Tener mayor elección otorga más poder a los clientes. Sin embargo, la experiencia es todavía limitada y los programas son complicados para establecer, presentan desafíos para direccionarlos a los clientes y tienen altos costos administrativos.

Los esquemas de seguros de salud con base en la comunidad que cubren los anticonceptivos y servicios de planificación familiar pueden mejorar el acceso y la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos para sus miembros al permitir el prepagado y compartir los riesgos, reduciendo así los pagos en los puntos de entrega de servicios. Si los gobiernos o los donantes subsidian las primas para los pobres o grupos en desventaja (por ejemplo, en Ruanda, el gobierno y los donantes pagan las primas para que las poblaciones indigentes se inscriban en *Mutuelles*), el beneficio para las poblaciones insuficientemente atendidas es aún mayor. Los seguros de salud con base en la comunidad han tenido éxito para mejorar la capacidad de los pobres a acceder a los servicios y suministros de salud en comunidades de todo el mundo, pero los servicios de PF e insumos anticonceptivos no están incluidos en algunos planes (ver *Lecciones aprendidas II #6: Movilizar los recursos financieros*).

Las alianzas público-privadas (APP) con las ONG que ya trabajan con las poblaciones pobres o difíciles de alcanzar pueden apalancarse para aumentar el acceso de los grupos insuficientemente atendidos, apoyando a las ONG para que brinden productos o servicios de PF específicos. Las alianzas también pueden colaborar con los proveedores privados ya existentes para motivarlos a ofrecer servicios a los clientes pobres o vulnerables. Las APP se tratan con mayor detalle en *Lecciones aprendidas II #7: Incentivar la colaboración público-privada para un mejor acceso*.

Incrementar la disponibilidad y calidad de los productos y servicios de salud puede eliminar las barreras creadas por la falta de conocimientos, distancia a los servicios o malas percepciones de los servicios o métodos de planificación familiar. Las necesidades de los clientes rurales sólo pueden ser satisfechas cuando los productos y servicios de salud llegan a sus comunidades. Expandir la mezcla de métodos disponibles para los grupos insuficientemente atendidos, especialmente incluir métodos asequibles como el

DIU y el Método de Días Fijos, mejora la elección y aceptabilidad por parte de los clientes (ver *Lecciones aprendidas II #8: Expandir la elección de anti-conceptivos apoyando los métodos poco utilizados*). La provisión de insumos y servicios con base en el hogar y la comunidad puede aumentar la disponibilidad y el acceso a los servicios para esas poblaciones. La distribución basada en la comunidad (DBC) se ha utilizado con éxito en muchos contextos para aumentar la disponibilidad de productos para las poblaciones insuficientemente atendidas en las áreas urbanas y rurales, con frecuencia a través de alianzas entre el sector público y las ONG (ver el ejemplo de Malawi en la página 9).

Motivar a los proveedores de salud o a los clientes puede expandir, respectivamente, la oferta o el uso de los servicios de planificación familiar. Los gobiernos pueden ofrecer recompensas basadas en el desempeño que alienten a los proveedores de salud, ya sea del sector público o del privado, a mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud que prestan, o a mejorar el acceso a los servicios para ciertas poblaciones, incluyendo a los clientes pobres o rurales. El éxito del programa en alcanzar a las poblaciones objetivo puede determinarse documentando los indicadores de ingresos o geográficos para los clientes. Los gobiernos también pueden compensar a los clientes por los gastos incurridos al ir en busca de los servicios; por ejemplo, en China e Indonesia, se entregaron cupones a las mujeres pobres que ellas podían canjear por servicios para el parto y salud materno-infantil. Los cupones son un tipo de subsidio por el lado de la demanda, como se señaló anteriormente. En vista de que las recompensas pueden ser motivadores poderosos, se debe garantizar sobre todo que el uso de la planificación familiar sea estrictamente voluntario. Para cumplir con los requisitos de la Enmienda Tiahrt, los proveedores y agentes de remisión en los programas de planificación familiar apoyados por USAID no pueden estar sujetos a objetivos por cantidad de nacimientos, aceptantes de planificación familiar ni aceptantes de un determinado método de planificación familiar. No se puede proporcionar al personal del programa ninguna recompensa ni incentivo para alcanzar estos objetivos. Los clientes no deben recibir ninguna recompensa ni incentivo a cambio de aceptar la planificación familiar, y no se les pueden negar beneficios si eligen no aceptar la planificación familiar.

Aumentar la participación comunitaria, a través de programas basados en la comunidad que utilizan enfoques participativos, puede mejorar la salud de los pobres involucrando a los beneficiarios en el diseño, implementación y evaluación del programa. Los programas participativos pueden contribuir a empoderar a las comunidades, crear un sentido de propiedad y promover la responsabilidad ante los clientes pobres. La extensión comunitaria y los servicios basados en la comunidad, tales como agregar la información sobre planificación familiar a los programas de micro-finanzas y actividades que

generan ingresos. También son estrategias útiles para llegar a los grupos aislados o a aquellos que de otro modo no buscarían atención de salud.

Con frecuencia, varias de las estrategias descritas en esta Lección aprendida deben utilizarse combinadas para mejorar significativamente el acceso de las poblaciones insuficientemente atendidas a los servicios y productos de planificación familiar. Este fue el enfoque seguido para aumentar el acceso a los insumos anticonceptivos entre la gente pobre y de las zonas rurales en Malawi, como se describe en la siguiente página.

La extensión y la distribución basada en la comunidad contribuyen al aumento de la tasa de prevalencia de anticonceptivos de Malawi a través de todo el espectro económico

Malawi aumentó la TPA del 7,4% a un 26,1% entre el 1992 y el 2000, con un incremento proporcional más alto en las zonas rurales (del 6% al 24%) que en las urbanas (del 17% al 38%). A pesar de una población predominantemente rural y las altas tasas de pobreza, el aumento de la TPA ocurrió a través de todos los niveles económicos. Malawi empleó múltiples estrategias para incrementar la disponibilidad de productos y servicios de salud de buena calidad para los clientes más pobres.

Mejorar la TPA requirió un fuerte liderazgo político e intervenciones sostenidas. El fuerte liderazgo trajo aparejado un aumento del compromiso con el suministro constante de productos, mayor disponibilidad de servicios, mejor información y educación, y un entorno de políticas mejorado para la planificación familiar. El gobierno de Malawi desarrolló un nuevo sistema de información para la administración logística, el cual trajo como resultado una mejor administración logística y una mayor disponibilidad de insumos. Además, la amplia distribución basada en la comunidad (DBC) fue implementada por Banja la Mtsogolo (BLM), una ONG con una red de 29 establecimientos. Este programa de DBC no sólo logró servicios más convenientes para los clientes reales y potenciales, sino que también los hizo más asequibles para los clientes más pobres a través de un fondo de subsidios. Los mensajes de comunicación interpersonal de los trabajadores de DBC con relación a los servicios fueron complementados por una campaña informativa que utilizó múltiples canales de medios de comunicación.

A través de este enfoque multifacético, Malawi logró mejoras sustanciales en la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos para su población en general, y en particular para los clientes pobres y rurales que tradicionalmente están insuficientemente atendidos.

Lecturas complementarias

Ashford, L.S., Gwatkin, D.R. y Yazbeck, A.S. 2006. *Designing Health and Population Programs to Reach the Poor*. Washington, DC: Population Reference Bureau. <http://www.prb.org/Reports/2006/DesigningHealthandPopulationProgramstoReachthePoor.aspx>

Bhatia, M.R., Yesudian, C.A.K., Gorter, A. y Thankappan, K.R. Demand Side Financing for Reproductive and Child Health Services in India. *Economic and Political Weekly*. Enero 21, 2006: p. 279-284. <http://www.icas.net/new-icasweb/docs/DSF%20for%20RCH%20services%20in%20EPW.pdf>

DELIVER y Task Order 1 of the USAID | Health Policy Initiative. 2006. *Contraceptive Security Index 2006: A Tool for Priority Setting and Planning*. Arlington, VA: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. http://portalprd1.jsi.com/portal/pls/portal/docs/page/DEL_CONTENT_PGG/DEL_PUBLICATION_PG1/DEL_FACT_SHEET_PG1/CSINDEX-2006-BOOK.pdf

DELIVER. 2006. *Ensuring a Voice and a Choice for Women* (Guatemala: State of the Practice Brief). Arlington, VA: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. http://www.usaid.gov/gt/docs/contraceptive_security.pdf

Ensor, T. y Cooper, S. 2004. *Overcoming Barriers to Health Service Access and Influencing the Demand Side Through Purchasing*. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington, DC: World Bank. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/EnsorOvercomingBarriersFinal.pdf>

Gwatkin, D.R. 2002. *Reducing Health Inequalities in Developing Countries*. Washington, DC: World Bank. http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/Recent-Papers/9219_OTPHPaper-Gwatkin.pdf

Management Sciences for Health. 2000. *Defining and Measuring Access*. Artículo de fondo para la reunión de consultoría de la Organización Mundial de la Salud—Management Sciences for Health sobre el acceso a medicamentos básicos, vacunas e insumos para la salud. Ferney Voltaire, Francia, Diciembre 11-13, 2000. <http://erc.msh.org/seam/measuringaccess/finalpart3.pdf>

World Health Organization. 2007. *Public-Private Partnerships for Health*. <http://www.who.int/trade/glossary/story077/en/index.html>

World Health Organization y United Nations Population Fund. 2005. *Measuring Access to Reproductive Health Services*. Report of WHO/UNFPA Technical Consultation Diciembre 2-3, 2003. Ginebra: OMS. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/2004/07/cover.pdf>

Página Web del Banco Mundial sobre la pobreza y la salud, que provee datos de los informes de los países sobre las desigualdades, sugerencias para la programación para llegar a los pobres, medios cuantitativos de analizar la desigualdad y cursos de aprendizaje a distancia. <http://www.worldbank.org/povertyandhealth>

La División de Logística y Disponibilidad Asegurada de Insumos de USAID trabaja para impulsar y apoyar la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos brindando apoyo y liderazgo técnico global a programas de diferentes países en investigación y análisis, planificación estratégica, diseño e implementación de programas, monitoreo y evaluación.

Para información adicional, por favor comuníquese con:

Mark Rilling or Alan Bornbusch
Commodities Security and Logistics Division
Office of Population and Reproductive Health
Bureau for Global Health
USAID
Washington, D.C.
CSL@usaid.gov

