

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Una inversión que vale la pena



RESUMEN EJECUTIVO

Si se aumentan y se sostienen las inversiones en servicios de salud sexual y reproductiva en países en desarrollo, es posible obtener enormes beneficios para las mujeres, las familias y las sociedades. Además de mejorar la salud, los servicios de salud sexual y reproductiva contribuyen al crecimiento económico, la equidad de género en la sociedad y la gobernanza democrática. A fin de apreciar mejor las sustanciales ventajas que arrojan las inversiones en servicios de salud sexual y reproductiva, es necesario que los encargados de formular políticas dispongan a la vez de una reseña de esos amplios beneficios más completa y de una información más cabal acerca de los costos.

Los servicios de salud sexual y reproductiva abarcan tres esferas temáticas principales: servicios anticonceptivos, servicios de salud materna, y servicios para infecciones de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA, además de otros problemas ginecológicos y urológicos. Los beneficios corresponden a dos categorías principales—médicos y no médicos.

Los beneficios de orden médico de mejorar la salud sexual y reproductiva son los más obvios, y tal vez, los de más fácil medición.

- Los trastornos de la salud sexual y reproductiva constituyen una tercera parte de la carga mundial de morbilidad que afecta a las mujeres en edad de procrear y una quinta parte de la carga de morbilidad que pesa sobre la población en general.
- El VIH/SIDA representa un 6% de la carga mundial de morbilidad.
- La necesidad de contar con servicios de salud sexual y reproductiva y, por ende, los beneficios potenciales de satisfacer esas necesidades, son mayores entre las poblaciones más pobres (mujeres, hombres y niños) en los países del mundo de menores ingresos.
- Al colmar las necesidades insatisfechas de servicios anticonceptivos en países en desarrollo se evitaría cada año 52 millones de embarazos involuntarios, lo cual, a su vez, salvaría más de 1,5 millón de vidas y evitaría que 505.000 niños perdieran a sus madres.
- El costo de proporcionar servicios anticonceptivos a los 201 millones de mujeres de países en desarrollo con necesidad insatisfecha (mujeres que utilizan métodos tradicionales o ningún método), ascendería a US \$3.900 millones por año.

Para comprender cabalmente los beneficios de los servicios de salud sexual y reproductiva es menester no limitarse a los resultados de orden médico y abarcar los beneficios más amplios en los ámbitos individual, de la familia y de la sociedad.

- La mejora de la salud sexual y reproductiva refuerza todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Al preservar la salud y la productividad de los jóvenes adultos, al posibilitar que los progenitores tengan familias más pequeñas y, por ende, dediquen más tiempo y más recursos financieros a cada hijo, y al reducir el gasto público en educación y en atención de la salud y otros servicios sociales, los servicios de salud sexual y reproductiva contribuyen al crecimiento económico y a los ahorros y las inversiones.
- Al posibilitar que las jóvenes mujeres aplacen la procreación hasta haber alcanzado sus metas en materia de educación y capacitación y al prevenir el estigma adscrito a algunos trastornos médicos, los servicios de salud sexual y reproductiva contribuyen a mejorar la posición social de las mujeres e incrementar su participación comunitaria y política.

(continúa en el interior de la contratapa)

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Una inversión que vale la pena

Susheela Singh
Jacqueline E. Darroch
Michael Vlassoff
Jennifer Nadeau



AGRADECIMIENTOS

El presente informe, *Salud sexual y reproductiva: una inversión que vale la pena*, se basa en la labor de muchos funcionarios del Alan Guttmacher Institute (AGI). La investigación fue dirigida por Jacqueline E. Darroch, vicepresidenta primera y vicepresidenta para asuntos científicos; Susheela Singh, directora de investigaciones en el AGI; y Michael Vlassoff, consultor independiente. Akinrinola Bankole, director asociado de investigaciones internacionales, con la asistencia de Rubina Hussain, auxiliar superior de investigación, contribuyeron al análisis de los datos; Erin Carbone, auxiliar de investigación, proporcionó apoyo de investigación durante todo el proyecto. El informe fue redactado por Jennifer Nadeau, directora de comunicaciones, con la edición de Alex Marshall, consultor independiente, y Patricia Donovan, directora de publicaciones. La producción del informe estuvo a cargo de Kathleen Randall, con la asistencia de Michael Greelish y Judith Rothman. Rose MacLean proporcionó apoyo editorial.

Las siguientes personas merecen un agradecimiento especial: Sara Seims, quien ayudó a elaborar el informe; y los colegas del AGI—Ann Biddlecom, Susan Cohen, Beth Fredrick, Dore Hollander y Cory Richards, quienes revisaron los textos y efectuaron observaciones. Los autores también agradecen a los siguientes colegas, quienes examinaron el texto preliminar del informe y formularon muchas sugerencias útiles: Arnab J. Acharya, Research Triangle Institute; David Bloom, Harvard University; Kwesi Botchwey, Harvard University; Lynn Freedman, Columbia University; Barbara Janowitz, Family Health International; y Thomas Merrick, Banco Mundial.

Los autores también agradecen a los siguientes colegas por haber examinado el texto preliminar del estudio que proporciona las bases metodológicas para el presente informe (Vlassoff M y otros, *Costs and Benefits of Providing Sexual and Reproductive Health Services: A*

Review, Occasional Report, Nueva York: AGI, 2004, No. 11 [de próxima publicación]): John Stover, The Futures Group International; John Bongaarts, Population Council; Rodolfo Bulatao, consultor independiente; y John Ross, The Futures Group International, que merece un agradecimiento especial por haber aportado también consejos, datos e información para las estimaciones presentadas en el capítulo 3 del presente informe.

Además, los autores agradecen el consejo, la información y los materiales proporcionados por las siguientes personas: Lori Bollinger, The Futures Group International; John Cleland, London School of Hygiene and Tropical Medicine; Helga Fogstadt, Organización Mundial de la Salud (OMS); Gaverick Matheny, Johns Hopkins University; Bill McGreevey, The Futures Group International; Anthony Measham, Banco Mundial; Anne Mills, London School of Economics; Philip Musgrave, George Washington University; Malcolm Potts, University of California at Berkeley; Iqbal Shah, OMS; Eva Weissman, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); George Zeidenstein, Harvard University; y Hania Zlotnik, División de Población de las Naciones Unidas.

Finalmente, merecen un especial agradecimiento Stirling Scruggs, UNFPA, cuya iniciativa y opinión visionaria fueron esenciales para la creación del presente informe; y Stan Bernstein, UNFPA, quien contribuyó a planificar el informe, examinó los textos preliminares y proporcionó valiosa orientación y datos.

La investigación para el presente informe, así como su preparación y publicación, se realizaron con el apoyo de un subsidio del UNFPA. Las opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y no necesariamente reflejan las opiniones del UNFPA, ni de las Naciones Unidas, ni de ninguna de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas.

ÍNDICE

Capítulo 1: Introducción	4
Capítulo 2: Enfoques existentes de la medición de costos y beneficios	9
Capítulo 3: Utilidades de las inversiones en servicios anticonceptivos	19
Capítulo 4: Enfoque ampliado de la medición de costos y beneficios	26
Capítulo 5: Resumen y conclusiones	34
Referencias	38
Apéndice: Definiciones, metodología y fuentes de datos	42

INTRODUCCIÓN

Los encargados de formular políticas suelen efectuar proyecciones de los costos y beneficios de posibles intervenciones, a fin de posibilitar comparaciones y orientar las opciones para la inversión de sus limitados recursos. No obstante, tal vez sea difícil comparar los costos si las intervenciones se avalúan de diferentes maneras; y los beneficios, especialmente de las intervenciones en salud, pueden ser difíciles de caracterizar: tal vez sean de índole social antes que médica o económica, o tal vez sea difícil expresarlos en valores monetarios. Los servicios de salud sexual y reproductiva tienen repercusiones sociales desusadamente amplias y los encargados de formular políticas necesitan mejores instrumentos para la evaluación preliminar de esas intervenciones y la comparación de las diferencias entre ellas.

El presente informe trata de responder a dicha necesidad. Sugiere mejores maneras de interpretar y utilizar los estudios existentes para evaluar los efectos de las inversiones en servicios de salud sexual y reproductiva, y también propugna el empleo de enfoques más amplios para determinar los costos y beneficios de esas inversiones. En el informe se presenta sistemáticamente una amplia gama de beneficios de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos algunos que aún no se han cuantificado o que tal vez no sean cuantificables. Tal vez sea posible expresar esos beneficios aprovechando mejor los enfoques existentes y elaborando diferentes metodologías.

El propósito de este informe es ayudar a los funcionarios ejecutivos y a quienes asignan recursos en todos los niveles—gobiernos locales y nacionales, donantes bilaterales y multilaterales, y organizaciones no gubernamentales—para que tomen en cuenta las amplias contribuciones de los servicios de salud sexual y reproductiva a la hora de asignar prioridades a las inversiones en salud y desarrollo.

En el informe se examinan los costos y beneficios en las tres esferas principales de intervenciones para la salud sexual y reproductiva:

- servicios anticonceptivos, los cuales posibilitan que las parejas prevengan los embarazos involuntarios y, por ende, que controlen si tienen hijos o no, y cuándo tenerlos;
- servicios de salud materna, inclusive la atención prenatal, los servicios obstétricos, la atención en el puerperio y los servicios relacionados con el aborto;* y
- prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), inclusive el VIH/SIDA, y otros servicios de ginecología y urología.

Dentro de este amplio panorama de las acciones relativas a la salud sexual y reproductiva, el informe presta particular atención a los servicios anticonceptivos, utilizando los datos disponibles para ilustrar un enfoque integral y flexible de la evaluación de las inversio-

*Los servicios relacionados con el aborto abarcan: manejo de las complicaciones del aborto realizado en malas condiciones; asesoramiento sobre planificación de la familia después del aborto; y aborto en condiciones de seguridad (en los casos en que sea lícito, de conformidad con la legislación nacional).

Las inversiones en servicios de atención de la salud, inclusive los servicios de salud sexual y reproductiva, pueden efectuar valiosas contribuciones a los objetivos generales de desarrollo.

nes en esos servicios, además de diversas maneras de medir los efectos directos de ellas.

Las intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva producen beneficios tanto médicos como no médicos

Las personas valoran la buena salud por sí misma. Los encargados de formular políticas consideran que la buena salud también es imprescindible para alcanzar objetivos más amplios de desarrollo, entre ellos, más altos niveles de educación, equidad social, crecimiento económico y productividad.

Los servicios de salud, por sí mismos, no garantizan una población saludable. En el nivel más básico, las personas necesitan disponer de suficientes alimentos, agua y vivienda para conservar su salud. En lo concerniente a las políticas, los sistemas jurídicos deben reconocer el derecho a la atención de la salud de los individuos, sea cual fuere su género, su edad o su nivel de ingresos. En la práctica, esto significa que los servicios deben estar disponibles y que las personas que los necesitan deben estar en condiciones de obtenerlos. También hay otros requisitos menos tangibles: las normas sociales deben desalentar la discriminación en la atención de la salud y alentar comportamientos saludables, inclusive la utilización de los servicios de salud cuando se los necesita.

No obstante, aun en ausencia de esos grandes cambios, las inversiones en servicios de atención de la salud, inclusive los servicios

de salud sexual y reproductiva, pueden efectuar valiosas contribuciones a los objetivos generales de desarrollo. Por ejemplo, la planificación de la familia posibilita que las mujeres alcancen niveles más altos de educación y un mejor equilibrio entre la familia y el trabajo. La atención prenatal y los servicios de obstetricia protegen la salud de la madre y del niño y fortalecen la familia. La educación sobre las ITS, inclusive el VIH/SIDA, contribuye a promover una fuerza laboral saludable y reduce el estrés que esas infecciones imponen a las comunidades.

Al evaluar los servicios anticonceptivos, tiene particular importancia determinar sus beneficios tanto no médicos como médicos, debido a que la situación que el uso de anticonceptivos tiene el propósito de prevenir—el embarazo—no es una enfermedad; además, la procreación tampoco es un trastorno. En condiciones ideales, y frecuentemente, la procreación es un acto reproductivo saludable, planificado y voluntariamente emprendido por una mujer y su pareja, animados por el deseo de crear una familia. Pero el uso de anticonceptivos confiere beneficios de salud en sí: protege a las mujeres y a los niños de corta edad contra los riesgos médicos del embarazo, el parto y el puerperio, en particular cuando se trata de embarazos no planificados, embarazos muy próximos entre sí o embarazos de mujeres muy jóvenes.

Además, la anticoncepción puede evitar que se incurra en sustanciales costos económicos, sociales y psicológicos, especialmente los resultantes de un embarazo inoportuno o no deseado. Esos costos

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

En la Declaración del Milenio, emitida en septiembre de 2000, los líderes mundiales convinieron en un amplio programa encaminado a reducir la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer. Hacia 2002, este programa se había plasmado en ocho objetivos concretos, cada uno acompañado de un conjunto de metas mensurables. La mejora de la salud sexual y reproductiva apoya directamente los objetivos 3 a 8 y afecta indirectamente el logro de los objetivos 1 y 2.¹

1. “Erradicar la extrema pobreza y el hambre”

Las familias más pequeñas y los mayores intervalos entre nacimientos, a raíz del uso de anticonceptivos, posibilitan que las familias efectúen mayores inversiones en la nutrición y la salud de cada hijo, y puedan reducir la pobreza y el hambre para todos los miembros del hogar. A nivel nacional, la reducción de la fecundidad puede posibilitar un acelerado desarrollo social y económico.

2. “Lograr la enseñanza primaria universal”

Las familias con menor cantidad de hijos y mayor espaciamento entre ellos pueden costear mayores inversiones en la enseñanza de cada hijo. Esto es especialmente beneficioso para las niñas, cuya educación tal vez tenga menor prioridad que la de los hijos varones de la familia. Además, las adolescentes que tienen acceso a anticonceptivos tienen menores probabilidades de quedar embarazadas y de abandonar la escuela.

3. “Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer”

La posibilidad de controlar si tener o no hijos y cuándo tenerlos es un aspecto crítico de la ampliación de los medios de acción de la mujer. Las mujeres que pueden planificar el momento de dar a luz y el número de sus hijos también tienen mayores oportunidades de trabajo, educación y participación social fuera del hogar.

4. “Reducir la mortalidad infantil”

La atención prenatal y la posibilidad de evitar partos de alto riesgo (por ejemplo, los de mujeres muy jóvenes y los muy cercanos entre sí) contribuyen a prevenir la mortalidad infantil y en la niñez. En las familias numerosas, los hijos suelen recibir menor atención de la salud y los hijos no deseados tienen mayores probabilidades de morir que los hijos deseados.

5. “Mejorar la salud materna”

Se salvan las vidas de mujeres al prevenir los embarazos no planificados y de alto riesgo y al ofrecer atención del embarazo, el parto y el puerperio.

6. “Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”

La atención de la salud sexual y reproductiva incluye la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA. Además, la atención de la salud reproductiva puede incorporar a los pacientes en el sistema de atención de la salud, propiciando el diagnóstico y el tratamiento de otras enfermedades y trastornos.

7. “Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente”

La provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, los cuales evitan los embarazos no deseados, puede contribuirse a estabilizar las zonas rurales, frenar la migración a las ciudades y equilibrar el uso de los recursos naturales con las necesidades de la población.

8. “Fomentar una asociación mundial para el desarrollo”

Los precios costeables de medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA y un suministro seguro de anticonceptivos promoverían en gran medida los programas de salud reproductiva y son especialmente necesarios en los países menos adelantados.

no médicos pueden limitar las opciones en la vida de la mujer y menoscabar el bienestar de las familias. Dichos costos también pueden frenar el desarrollo social y económico y obstaculizar los esfuerzos hacia la igualdad de género y la reducción de la pobreza.

Este informe se basa en un amplio acervo de trabajos

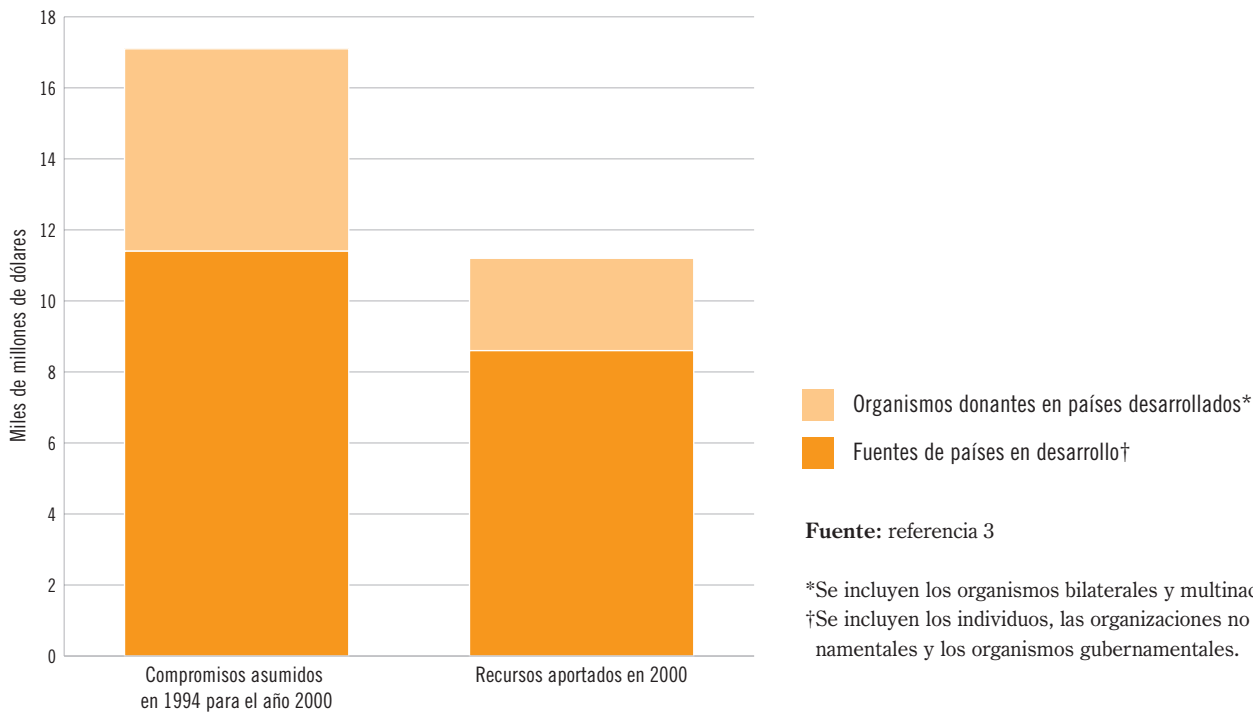
A comienzos del decenio de 1990, el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y otras entidades emprendieron un diagnóstico de la carga que la morbilidad y la mala salud imponen a la sociedad y el costo de la prevención y el tratamiento. Este rico acervo de trabajos establece el valor de las intervenciones para conservar la salud, inclusive la salud sexual y reproductiva. Empero, casi todos esos estudios se realizaron dentro de una perspectiva estrictamente médica y midieron la eficacia sólo en términos de una mejor salud. Dejaron de lado o subestimaron los factores sociales y económicos que pueden contribuir a la enfermedad o inhibir el uso de servicios de salud, e hicieron caso omiso de los efectos sociales y económicos de las mejoras en la salud.

Varios obstáculos complican los análisis a fondo de costos y beneficios.¹ En primer lugar, puede ser imposible pronosticar todos los beneficios. Por ejemplo, evitar un nacimiento no deseado puede tener diversos efectos sociales, económicos y de salud a nivel personal, del hogar y de la sociedad. En este informe se esbozarán los beneficios generales a nivel personal, de la familia y de la sociedad

que pueden aportar los servicios de salud sexual y reproductiva.

En segundo lugar, algunos beneficios no se traducen bien en términos monetarios. Es difícil asignar un valor monetario a la salud, y puede ser aun más arduo cuantificar los beneficios no médicos de las intervenciones de salud. En este informe se sugerirán, y cuando sea posible, se ilustrarán, métodos para cuantificar diversos efectos directos positivos, utilizando medidas que pueden incluir el valor en dólares y las unidades físicas (por ejemplo, años de vida preservados o de discapacidad evitados). También en el informe se ofrecerán ejemplos de efectos directos de cuantificación menos fácil, como el incremento en la productividad, la mayor satisfacción en la vida, los más altos niveles de participación comunitaria, o las mejoras en la equidad de género y de clase.

En tercer lugar, puede ser difícil reflejar los beneficios secundarios que las inversiones en una esfera arrojan sobre otras esferas. Por ejemplo, en muchos países, los agentes de salud ofrecen a las mujeres frotis de Papanicolaou durante sus visitas para recibir métodos anticonceptivos. Esas pruebas pueden posibilitar la detección y el tratamiento precoces del cáncer cervical o de lesiones precancerosas; no obstante, los estudios raramente miden la reducción en la incidencia del cáncer cervical como beneficio de las inversiones en servicios anticonceptivos. En forma similar, para resolver un determinado problema social, puede ser necesario efectuar inversiones en varias esferas; no obstante, los análisis suelen atribuir la solución a una sola. Los beneficios secundarios de servicios de salud



Organismos donantes en países desarrollados*

Fuentes de países en desarrollo†

Fuente: referencia 3

*Se incluyen los organismos bilaterales y multinacionales.
 †Se incluyen los individuos, las organizaciones no gubernamentales y los organismos gubernamentales.

GRÁFICO 1.1 El apoyo brindado a los servicios de salud sexual y reproductiva es muy inferior a los importes acordados mundialmente.

sexual y reproductiva, algunos de los cuales se señalan en este informe, sugieren que en muchos casos, algunos servicios tal vez puedan proporcionarse de manera más eficaz si se ofrecen dentro de un conjunto integrado.

Por lo general, comparados con los beneficios, los costos directos de una intervención son más fáciles de pronosticar, se incurren a más corto plazo y son más fáciles de medir. Sin embargo, cuando se ponderan las posibilidades de una intervención en comparación con otra, es importante medir los costos de la misma manera. Las estimaciones existentes de costos de diferentes intervenciones de salud sexual y reproductiva presentan grandes variaciones en el alcance de lo que se mide y en las maneras en que se estiman los costos, lo cual dificulta las comparaciones.² Los costos indirectos y los costos de oportunidad también son difíciles de cuantificar, y los analistas les han prestado escasa atención. En este informe se destacarán algunas cuestiones fundamentales que han de considerarse cuando se efectúan estimaciones de costos.

Los servicios de salud sexual y reproductiva son esenciales para alcanzar los objetivos de desarrollo

En el Programa de Acción aprobado en 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) se reconoce que la salud sexual y reproductiva es imprescindible para el bienestar de los seres humanos. En 1999, la Asamblea General de las

Naciones Unidas, en un período extraordinario de sesiones, reafirmó y amplió el consenso de la CIPD.

En el año 2002, dos años después de la aprobación de la Declaración del Milenio, los países miembros de las Naciones Unidas convinieron en un amplio conjunto de metas para el año 2015—los Objetivos de Desarrollo del Milenio—que determinarán las prioridades internacionales para el desarrollo en los próximos años. Aun cuando las mejoras en la salud sexual y reproductiva no se han incluido explícitamente como objetivos en sí mismos, tendrán importancia vital para alcanzar el conjunto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (véase el recuadro).

Dado que en los Objetivos de Desarrollo del Milenio no se indicaron explícitamente los objetivos de salud sexual y reproductiva, se ha expresado algún grado de preocupación sobre la posibilidad de que ello limite los recursos destinados a programas integrales de salud sexual y reproductiva. Esta preocupación deriva en parte de que la comunidad internacional no ha satisfecho los compromisos asumidos en 1994 en la CIPD en lo concerniente a los desembolsos mundiales al respecto. En el año 2000, las inversiones en dicho tema por parte de los propios países en desarrollo y de los donantes de países desarrollados (mediante la asistencia bilateral y multilateral) fueron muy inferiores a lo que se había prometido para ese año (gráfico 1.1).³ Al cuantificar algunos beneficios de las inversiones en salud sexual y reproductiva y al ofrecer un amplio panorama gene-

ral de otros, el presente informe destaca la significación de esas inversiones para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo de importancia crucial.

Guía de este informe

El presente informe, que se preparó con destino al público en general, se basa en un documento técnico más detallado.⁴ En el capítulo 2 se examinan y evalúan los criterios actuales de medición de costos y beneficios de las inversiones en servicios de salud, y se consideran algunas de sus limitaciones. En el capítulo 3 se ofrece la contabilidad más integral efectuada hasta la fecha de los costos y beneficios de servicios anticonceptivos. En esas estimaciones cuantitativas se combinan diversas medidas y unidades, inclusive cantidades evitadas de defunciones maternas, defunciones de menores de un año y casos de discapacidad; cantidades evitadas de nacimientos no planificados y abortos; y cantidades evitadas de niños que de otro modo crecerían sin su madre.

En el capítulo 4 se esbozan los conjuntos de beneficios y costos que idealmente deberían medirse en cada una de las tres esferas principales de salud sexual y reproductiva. Este capítulo demuestra la importancia de satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva para promover la calidad de la vida y las perspectivas de progreso de los países pobres, así como de los segmentos más pobres de las sociedades de todos los países. En el capítulo 5 se examina el

papel fundamental de la salud sexual y reproductiva para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo, y se llega a la conclusión de que es necesario aumentar las inversiones en servicios de salud sexual y reproductiva.

ENFOQUES EXISTENTES DE LA MEDICIÓN DE COSTOS Y BENEFICIOS

Durante el decenio de 1990, varios estudios importantes efectuaron progresos sustanciales hacia la cuantificación de los efectos médicos de diversos trastornos y enfermedades, y de los beneficios médicos de efectuar inversiones en diferentes intervenciones para su prevención o su tratamiento. También avanzaron hacia la medición de los costos sociales y económicos de la mala salud y los beneficios de la prevención.

A continuación se consideran las principales constataciones de esos estudios, particularmente en lo concerniente a intervenciones de la salud sexual y reproductiva, así como algunas de las deficiencias de esos análisis.

Se han utilizado diversos criterios para la medición de los efectos de las intervenciones en materia de salud

En virtud del proyecto Carga Mundial de Morbilidad, emprendido conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la Escuela de Salud Pública de Harvard University, se efectuaron por primera vez estimaciones sobre los efectos en todo el mundo de los principales trastornos y enfermedades, inclusive en lo relativo a la reproducción y al comportamiento sexual. El proyecto cuantificó para 1990 y nuevamente para 2001, los efectos de más de 100 trastornos y enfermedades, en términos de *costos médicos*, calculados como años de vida perdidos a consecuencia de la discapacidad y la muerte.¹ En un proyecto complementario, Prioridades de Lucha contra las Enfermedades en Países en

Desarrollo, del Banco Mundial, se estimó la relación costo-eficacia de diversas intervenciones encaminadas a la prevención o el tratamiento de determinados trastornos y enfermedades; las constataciones se publicaron en 1993² y se están preparando actualizaciones.

En el *Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993: Inversiones en Salud*, del Banco Mundial, se combinaron ambos enfoques y se recomendó un conjunto de intervenciones con buena relación costo-eficacia para mejorar la calidad del gasto público.³ Este conjunto de medidas, que fue sometido a un proceso de priorización, incluía intervenciones para mejorar la salud sexual y reproductiva.

Otras iniciativas se centraron en los *beneficios económicos* de las intervenciones en materia de salud. Varios estudios sobre países individuales midieron las economías en servicios sociales que se lograrían si las familias tuvieran una menor cantidad de hijos. La Comisión sobre Macroeconomía y Salud adoptó un enfoque más amplio. En un informe publicado en 2001, en colaboración con expertos de Harvard University, la OMS, el Banco Mundial y otras instituciones, la Comisión calculó los efectos económicos de mejorar la salud en términos de mayor productividad y aumento del ingreso nacional.⁴

Entre mediados y fines del decenio de 1990, un proyecto de Family Health International (FHI) centrado exclusivamente en servicios anticonceptivos, el Proyecto de Estudios de la Mujer, documentó una gama más amplia de efectos directos, entre ellos mejores oportu-

Los problemas de salud sexual y reproductiva representan un 18% del total de la carga mundial de morbilidad y 32% de la carga entre las mujeres en edad de procrear.

tunidades de empleo para las mujeres, mejores relaciones con las parejas y mayor bienestar. El proyecto también documentó aspectos negativos, como efectos secundarios de métodos anticonceptivos y la desaprobación por las familias del uso de anticonceptivos.⁵

Con respecto a los *costos económicos* de las intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva, en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en 1994, se calcularon los recursos necesarios para alcanzar sus objetivos.⁶ El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) compiló datos sobre los costos promedio y los costos por países de una serie de intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva.⁷ Además, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) ha preparado estimaciones de costos para 25 intervenciones fundamentales respecto del VIH/SIDA.⁸

Los beneficios médicos de las intervenciones en salud sexual y reproductiva son sustanciales

Los beneficios médicos de las intervenciones en salud se suelen expresar en “años de vida ajustados en función de la discapacidad”, o DALY por sus siglas en inglés, una medida elaborada por el proyecto Carga Mundial de Morbilidad y ampliamente utilizada para evaluar posibles intervenciones en salud (véase el recuadro, página 11). Según las estimaciones de la OMS para 2001, los problemas de salud sexual y reproductiva representan un 18% del total de la carga mundial de morbilidad y 32% de la carga entre las mujeres en edad

de procrear (15 a 44 años) en todo el mundo:^{9*}

- Los trastornos derivados de la maternidad (hemorragia o sepsis del parto, parto obstruido, trastornos hipertensivos del embarazo y aborto realizado en malas condiciones) representan 2% de todos los DALY perdidos (13% de todos los DALY perdidos por mujeres en edad de procrear).
- Los trastornos perinatales (bajo peso al nacer, asfixia en el parto y trauma en el parto) representan 7% de todos los DALY perdidos.
- El VIH/SIDA representa 6% (14% entre mujeres de 15 a 44 años).
- Otros trastornos de salud sexual y reproductiva representan 3% (5% entre mujeres en edad de procrear).[†]

En comparación, las enfermedades respiratorias representan 11% de todos los DALY perdidos, las enfermedades cardiovasculares 10%, y los trastornos neuropsiquiátricos (por ejemplo, trastornos depresivos, alcoholismo y toxicomanías, esquizofrenia, trastorno bipolar y demencias) 13% (cuadro 2.1, página 12).¹⁰

Mientras el proyecto Carga Mundial de Morbilidad se centró en los beneficios potenciales (expresados en DALY preservados) de eliminar diversos trastornos y enfermedades, el proyecto Prioridades de

*Están en curso de revisión las estimaciones de DALY. Los resultados preliminares indican una pequeña disminución de los DALY debidos al VIH/SIDA, en general y entre las mujeres en edad de procrear.

†Se incluyen las ITS distintas del VIH/SIDA; la anemia por carencia de hierro en mujeres de entre 15 y 44 años; los cánceres de mama, de ovario, cervical y uterino; y las enfermedades genitourinarias, excluidas la nefritis y la nefrosis.

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS EN FUNCIÓN DE LA DISCAPACIDAD (DALY)

El cálculo de los DALY es un instrumento para medir los efectos médicos. Los DALY perdidos a causa de una enfermedad, lesión o trastorno de la salud representan la suma de dos componentes:

- El número acumulativo de años perdidos como resultado de una muerte prematura (Esta cantidad se determina substrayendo los años realmente vividos de la esperanza teórica de vida, de 82,5 años para la mujer y 80,0 años para el hombre); y
- El número acumulativo de años de vida saludable perdidos debido a la discapacidad (Para calcular este indicador, se asigna a cada discapacidad una ponderación según la gravedad entre 0 [salud perfecta] y 1 [equivalente a la defunción]. La infecundidad, por ejemplo, tiene un factor de ponderación de 0,18, es decir, que por cada año que una persona vive padeciendo infecundidad, se sustrae 0,18 del DALY. El factor de ponderación correspondiente a discapacidad considera exclusivamente la discapacidad funcional y excluye factores sociales, culturales o económicos).

Posteriormente, los DALY se ajustan en función de la edad y la etapa de la vida en que aparece la enfermedad o discapacidad. En el cálculo se asigna a los años de vida saludable perdidos por adultos jóvenes un mayor factor de ponderación que a los perdidos por niños o ancianos; y se asigna un factor mayor a las discapacidades que ocurren inmediatamente o en el corto plazo que a las que ocurren muchos años después.

Lucha contra las Enfermedades en Países en Desarrollo, del Banco Mundial, determinó los costos y beneficios de intervenciones específicas para prevención y tratamiento. Por ejemplo, en el informe *Disease Control Priorities* de 1993, se examinó la relación costo-eficacia de los servicios de planificación de la familia y de una mejor atención obstétrica.¹¹ Utilizando modelos hipotéticos, se midió el costo de diversas intervenciones en comparación con las cantidades de defunciones maternas y de menores de un año y otros acontecimientos negativos—inclusive nacimientos no deseados, enfermedad de madres y menores de un año, y bajo peso al nacer—que se evitarían gracias a cada intervención.

En el informe se constató que un aumento del uso de anticonceptivos desde 0 hasta 20%, como resultado de ofrecer servicios de planificación de la familia en un ámbito con altas tasas de mortalidad y de fecundidad (por ejemplo, África al Sur del Sahara), tenía una alta relación costo-eficacia en cuanto a prevenir múltiples acontecimientos negativos. El costo de evitar defunciones maternas, defunciones perinatales, morbilidad materna y bajo peso al nacer era de aproximadamente US \$140 por cada evento (promedio entre todos los eventos, dólares de 1993*).¹² Además de salvar vidas y prevenir enfermedades y discapacidad, este gasto arrojaba beneficios médicos, entre ellos posibilitar que las madres tuvieran más tiempo para amamantar entre sucesivos partos y reducir el riesgo de anemia entre las madres.

En el informe *Disease Control Priorities* de 1993 también se comparan distintos criterios para reducir las infecciones de transmisión sexual (ITS), en términos de dólares por cada DALY preservado. Como era de esperar, se comprobó que los programas en beneficio de grupos de alto riesgo tenían una relación costo-eficacia mucho mayor que los programas para la población en general. Por ejemplo, los programas educacionales para aumentar el uso de condones (preservativos) entre grupos de alto riesgo sólo cuestan unos pocos centavos por cada DALY preservado, mientras que los programas similares en beneficio de la población en general cuestan varios dólares por cada DALY preservado, debido a que el riesgo de contraer o propagar una ITS es, en promedio, mucho menor entre la población en general.¹³

El *Informe sobre el Desarrollo Mundial* de 1993, del Banco Mundial, se centró en las intervenciones de salud y presentó un conjunto de servicios—el “conjunto de servicios esenciales para la salud”—que aprovecharía más eficientemente los escasos recursos de salud. Planificación de la familia, atención de la salud materna y prevención y tratamiento de las ITS, inclusive el VIH/SIDA, eran intervenciones incluidas en dicho conjunto para países de ingresos bajos y medianos, debido a su elevada relación costo-eficacia.¹⁴

*En muchos casos, los valores en dólares indicados en este informe se expresan en dólares de 1993. Para colocar esos valores en perspectiva, cabe señalar que la tasa de inflación acumulativa en los Estados Unidos entre 1993 y 2002 fue 24,5%. Fuente: U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, Consumer Price Index 1913–2003, 16 de septiembre de 2003, <ftp://ftp.bls.gov/pub/special.requests/cpi/cpiiai.txt>, sitio visitado el 13 de octubre de 2003.

Problema de salud	% de años de vida ajustados en función de la discapacidad (DALY) perdidos, 2001	
	Población total	Mujeres de 15 a 44 años
Trastornos de la salud sexual y reproductiva	17,8	31,8
Trastornos respiratorios	10,7	4,1
Trastornos cardiovasculares	9,8	4,3
Trastornos neuropsiquiátricos	13,0	25,4
Lesiones	12,2	12,4
Otros trastornos transmisibles	19,6	8,8
Otros trastornos no transmisibles	16,8	13,2
Total	100,0	100,0

Fuente: referencia 10.

Nota: Algunos totales no suman 100,0 debido al redondeo.

CUADRO 2.1 Gran parte de la carga mundial de morbilidad se debe a la mala salud sexual y reproductiva.

El informe proporcionó una escala de costos en función de la localización. Estimó que los servicios de planificación de la familia costarían entre US \$15 y \$150 por cada DALY preservado; la atención prenatal y del parto, entre US \$30 y \$250 por DALY preservado; la prevención de las ITS y el VIH, entre US \$1 y \$250 por DALY preservado; y la prevención del cáncer de mama y cervical, entre US \$50 y \$100 por cada DALY preservado. En comparación, el costo por DALY preservado gracias a otras intervenciones de salud abarcaba de US \$5 a \$20 para prevenir la carencia de hierro, vitamina A o yodo; de US \$5 a \$250 para prevenir el paludismo; y hasta US \$1.600 a \$3.500 para la lucha medioambiental contra el dengue. Estas escalas de costos se tomaron del informe *Disease Control Priorities*, que también proporcionó promedios de costos de una gama más amplia de intervenciones para prevención y tratamiento (gráfico 2.1, página 13).¹⁵

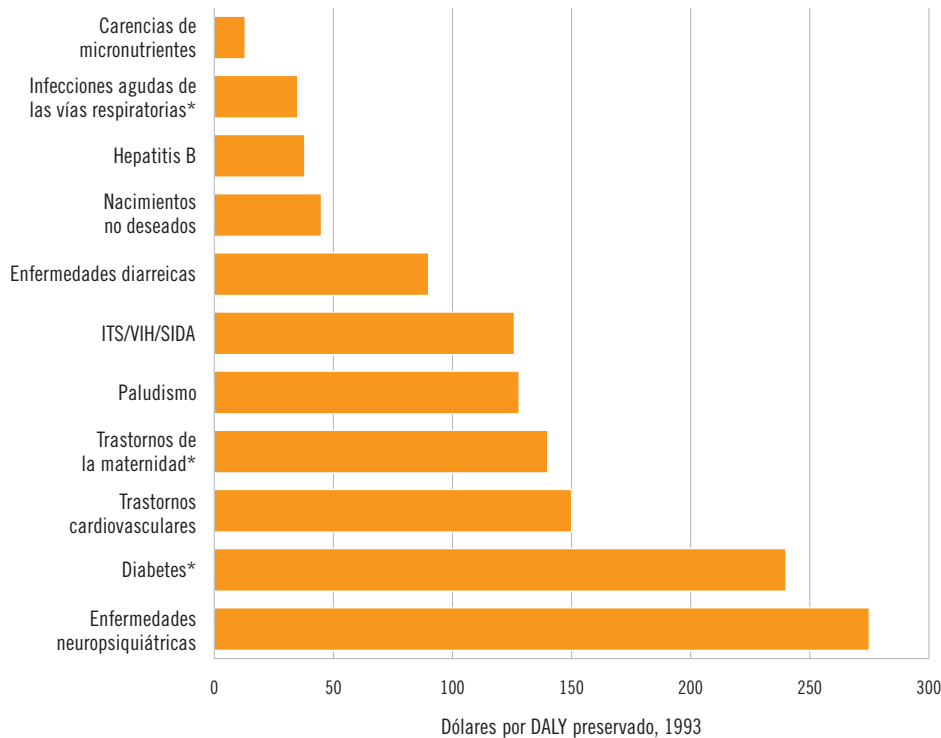
Por lo general, el tratamiento cuesta mucho más que la prevención: por ejemplo, la prevención del cáncer cervical cuesta US \$100 por cada DALY preservado, pero el tratamiento llega a US \$2.500 por cada DALY preservado. Prevenir los trastornos cardiovasculares cuesta US \$150 por cada DALY preservado, pero su tratamiento, de US \$2.000 a \$30.000.¹⁶ Si bien tanto la prevención como el tratamiento son necesarios, en África al Sur del Sahara la prevención del VIH es al menos 28 veces más eficaz en función de los costos que el tratamiento antirretroviral.¹⁷

En otro estudio se midieron los beneficios de un aumento de la asistencia para la planificación de la familia proporcionada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en términos de vidas salvadas. El estudio estimó que un aumento en 2001 de US \$169 millones en los fondos destinados a la planificación de la familia preservaría las vidas de 15.000 mujeres (8.000 que habrían muerto como resultado de abortos realizados en malas condiciones y 7.000 que habrían muerto por otras causas relativas al embarazo), así como las vidas de 92.000 menores de un año.¹⁸

Las intervenciones en salud, inclusive los servicios de planificación de la familia, también arrojan beneficios económicos

Además de los beneficios médicos, el informe *Disease Control Priorities*, de 1993, midió algunos beneficios económicos de los servicios anticonceptivos en ubicaciones hipotéticas, pero típicas, y estimó las economías resultantes en servicios de salud y educación primaria y secundaria proporcionados por el gobierno, si se evitaban los nacimientos no planificados.

En un típico país africano con altas tasas de mortalidad y de fecundidad, el costo de evitar un único nacimiento no planificado mediante la planificación de la familia era de US \$368; el importe ahorrado por el gobierno se estimaba en US \$440. En este caso, los costos son altos porque los programas de planificación de la familia en esta región suelen estar en sus primeras etapas, con altos costos iniciales en infraestructura y pocos usuarios.



Fuente: referencia 15.

*Intervenciones para tratamiento; todas las demás son intervenciones preventivas.

GRÁFICO 2.1 La eficacia en función de los costos de las intervenciones de salud varía ampliamente.

El costo por usuario disminuye a medida que los programas de planificación de la familia se van estableciendo y atrayendo a más clientes, como es el caso de América Latina, donde por lo general, los gobiernos gastan mayores sumas per cápita en servicios de educación y salud que los gobiernos de África. El costo de evitar un nacimiento no deseado en un típico país de América Latina con bajas tasas de fecundidad se estimó en US \$133 y el ahorro, en US \$1.600; es decir, cada dólar gastado en la planificación de la familia economizó al gobierno US \$12 en los costos de salud y educación por sí solos.¹⁹

Otros análisis demuestran los beneficios reales de efectuar inversiones en planificación de la familia y servicios conexos. Aun cuando varios de esos estudios se llevaron a cabo hace por lo menos 10 años, proporcionan algunos de los mejores ejemplos disponibles. También, en dichos estudios sólo se miden unos pocos beneficios—por lo general, los de salud y educación—y las estimaciones abarcan una amplia gama debido a diversos factores, entre ellos el número de servicios cubiertos, el grado de eficiencia del gasto gubernamental y la metodología empleada.

Un estudio en México comprobó que entre 1972 y 1984, por cada peso que el sistema de seguridad social mexicano gastó en servicios de planificación de la familia, ahorró nueve pesos en el tratamiento de complicaciones de abortos realizados en malas condiciones y provisión de atención materno-infantil.²⁰ Algo similar ocurrió en Tailandia: cada dólar invertido en el programa de planificación de la familia ahorró al Gobierno más de US \$16.²¹ Aun más notable es el

caso de Egipto: un análisis comprobó que por cada dólar invertido en planificación de la familia, el Gobierno ahorró US \$31.²² En esta proyección se incluyeron gastos gubernamentales en educación, alimentos, salud, vivienda y servicios de abastecimiento de agua y saneamiento.

Un estudio en Viet Nam comprobó que a lo largo del tiempo, cada dólar invertido en planificación de la familia economizaría unos US \$8 en salud, educación y otros servicios sociales.²³ El análisis, basado parcialmente en experiencias concretas y parcialmente en proyecciones, abarcó un período de 31 años, 1979–2010. El año en que los beneficios comenzaban a superar los costos fue 1995. De la estimación de ahorros derivados de la planificación de la familia, el grueso—90%—correspondía al sector educacional; el resto correspondía a la reducción de los gastos en atención materno-infantil, servicios sociales y seguridad social.

El informe de 2001 de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud no se limitó a los beneficios de reducir el gasto gubernamental, sino que fundamentó la conveniencia de aumentar las inversiones en salud para lograr adelantos económicos de más vasto alcance.²⁴ La Comisión determinó el efecto directo de la pérdida de los DALY sobre el ingreso nacional en términos de reducciones de la productividad y del producto nacional bruto. Pero además amplió la fundamentación: cuando la tasa de mortalidad es alta, lo probable es que las familias tengan una mayor cantidad de hijos, pero que sean menores sus inversiones en salud y educación de cada hijo, lo cual

menoscaba las perspectivas económicas. Finalmente, la Comisión afirmó que las enfermedades crónicas y la baja productividad desalientan las inversiones extranjeras directas en empresas e infraestructura. La Comisión concluyó que el aumento del gasto en intervenciones prioritarias de salud mitigaría esos tres problemas y aportaría sustanciales beneficios macroeconómicos.

El temario de salud propuesto por la Comisión coincidía a grandes rasgos con el conjunto de servicios esenciales para la salud planteado por el Banco Mundial, pero hacía mayor hincapié en prevenir el paludismo, mejorar la nutrición y proporcionar tratamiento para el VIH/SIDA. La Comisión incluyó en sus ocho esferas de intervenciones prioritarias la salud materna y perinatal, pero su conjunto de servicios esenciales, a diferencia de la propuesta del Banco Mundial, no incluyó servicios anticonceptivos, ni tampoco abordó específicamente las ITS, salvo el VIH. No obstante, en el informe de la Comisión queda muy claro que se consideró que la planificación de la familia es importante: “una de las intervenciones más importantes en materia de salud consiste en prestar más atención a la salud reproductiva, no sólo para frenar la propagación de las ITS como el VIH/SIDA, sino también para limitar la fecundidad mediante la planificación familiar, incluido el acceso a la anticoncepción”.²⁵

En verdad, el marco conceptual adoptado por la Comisión se basa en el supuesto de que, a medida que mejoren las condiciones de salud y disminuyan las tasas de mortalidad, las parejas optarán por limitar el número de hijos a fin de poder invertir mayor cantidad de recur-

sos en cada hijo. Para que esto sea posible, es menester disponer de servicios anticonceptivos.

Se han documentado también algunos beneficios sociales de las intervenciones en salud sexual y reproductiva

En su evaluación de los beneficios para las mujeres del uso de anticonceptivos, el Proyecto de Estudios de la Mujer de FHI documentó mejoras concretas en la ampliación de los medios de acción de la mujer y la calidad de su vida.²⁶ Por ejemplo, en Bolivia, cuando las mujeres utilizaban anticonceptivos modernos, era más probable que tuvieran empleo remunerado; lo propio ocurría en Indonesia con las mujeres que utilizaban métodos de acción prolongada. El proyecto también investigó algunos de los costos en que incurren las usuarias de anticonceptivos, inclusive los efectos secundarios (tanto comprobados como sospechados) y temor a la oposición de los esposos y otros parientes contrarios al uso de anticonceptivos.²⁷

Es nutrida la bibliografía que ha analizado las contribuciones relativas efectuadas por programas de planificación de la familia y desarrollo socioeconómico a la disminución de las tasas de fecundidad. Esos estudios multinacionales y a nivel agregado muestran que las relaciones son complejas, pero que el desarrollo social y económico y la provisión de servicios de planificación de la familia obran de consuno, y ambos tienen efectos independientes sobre la reducción de los niveles de fecundidad.²⁸ Un ejemplo particularmente persuasivo es el experimento de Matlab (Bangladesh), donde un programa

Las cuestiones de sexualidad y reproducción... son factores fundamentales para la identidad y la plenitud personal, y para las relaciones en la familia y la sociedad. Los servicios de salud sexual y reproductiva ayudan a las personas y las sociedades a alcanzar múltiples objetivos sociales y económicos.

piloto que proporcionó servicios intensivos y de alta calidad acrecentó el uso de anticonceptivos y redujo la fecundidad, aun cuando el nivel de desarrollo local era muy bajo.²⁹ Un análisis ha demostrado que puede atribuirse a los programas de planificación de la familia el 43% de la disminución de la fecundidad entre 1960–65 y 1980–85.³⁰ Si bien algunos estudios han puesto en tela de juicio esas constataciones,³¹ el consenso actual es que los programas de planificación de la familia son “una eficaz política pública para acrecentar el uso de anticonceptivos y reducir la fecundidad”.³²

Otros estudios han medido los costos de las intervenciones en salud sexual y reproductiva

Varios análisis se centran exclusivamente en estimar los costos financieros de ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva. Hay grandes variaciones en el alcance de esos estudios. Algunos tienen escala mundial y su objetivo es informar a los países donantes acerca de las necesidades generales. Otros tienen escala local y su propósito es ayudar a los directores de programas a planificar la provisión de servicios.

El UNFPA y otros expertos han estimado los costos de proporcionar atención universal de la salud sexual y reproductiva, como aportación al Programa de Acción de la CIPD. Las estimaciones comprenden cuatro componentes: servicios de planificación de la familia; otros servicios de salud reproductiva; prevención del VIH/SIDA; e investigación básica en cuestiones de población.

Para el año 2000, el costo estimado de proporcionar en todo el mundo servicios de planificación de la familia era de US \$10.200 millones (dólares de 1993). De ese total, 65% (US \$6.600 millones) correspondía a mantenimiento y mejoras en la infraestructura de prestación de servicios, en beneficio de todos los componentes de servicios de salud sexual y reproductiva. Además, el costo en el año 2000 de otros programas de salud reproductiva ofrecidos como parte de la atención primaria de la salud se estimó en US \$5.000 millones. Y la prevención del VIH/SIDA mediante mensajes por los medios de difusión de masas, educación en las escuelas y distribución de condones, se estimó que costaría US \$1.300 millones.³³

Más recientemente, el UNFPA examinó más de 500 estudios, publicados e inéditos, y condensó la información sobre costos de servicios de salud sexual y reproductiva en una base de datos.³⁴ La información disponible varía enormemente entre distintas regiones y diferentes tipos de servicios. También hay diferencias entre estudios que miden o no miden todas las subcategorías principales—medicamentos y suministros, mano de obra, gastos generales e inversiones de capital—y adoptan diferentes criterios para medir los costos. No obstante, ese análisis proporciona valiosa información sobre los costos de la planificación de la familia, la salud materno-infantil y la prevención y tratamiento de las ITS.

Los costos varían en gran medida, en función del nivel de desarrollo de un país, pero es posible estandarizar la información incluida en los diversos estudios, sintetizando los costos correspondientes a

cada uno de los componentes principales de una visita a una fuente de servicios. El costo estimado (en dólares de 2001) de la primera visita de una mujer para obtener anticonceptivos orales es, en promedio, US \$8,00: \$1,00 para medicamentos y suministros, \$0,50 para mano de obra y \$6,50 para gastos generales (inclusive los de capital). Los costos de un parto vaginal sin complicaciones suelen ser, en promedio, US \$28,00: \$5,00 para medicamentos y suministros, \$6,00 para mano de obra, \$11,00 para gastos generales (inclusive los de capital) y \$6,00 para estadía en el hospital.

Las estimaciones del ONUSIDA de los costos de 25 intervenciones fundamentales necesarias para alcanzar los objetivos internacionales de reducción del VIH/SIDA abarcan 135 países de ingresos bajos y medianos para el período 2001–2007. Esas estimaciones toman en cuenta la “cobertura máxima viable”, en función de la infraestructura física existente y los recursos humanos con que se cuenta. El costo total global estimado para prevención y tratamiento aumenta desde US \$3.200 millones en 2001 a US \$10.500 millones en 2005, hasta US \$15.000 millones en 2007. La mayor proporción (un 50% del total) corresponde a la atención y el tratamiento del SIDA; le sigue la prevención del VIH/SIDA (un 44% del total). Una proporción mucho menor (un 3% en 2001 y un 6%, o US \$900 millones, en 2007) corresponde a la atención a los niños huérfanos a causa del SIDA.³⁵

Los estudios existentes subestiman los beneficios de los servicios de salud sexual y reproductiva

La investigación ha progresado mucho hacia el establecimiento de una base racional para la asignación de recursos a determinadas intervenciones. Los principales estudios consideran que la salud sexual y reproductiva es un componente fundamental de la salud y, por lo general, llegan a la conclusión de que las intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva tienen gran eficacia en función de los costos. No obstante, esos análisis, en su mayoría, sólo cuantifican los beneficios *médicos* de las intervenciones de salud. Suelen subestimar u omitir los beneficios económicos, sociales y psicológicos, los cuales tienen particular importancia en lo atinente a la salud sexual y reproductiva.

Lo que es más importante, las unidades utilizadas por el proyecto Carga Mundial de Morbilidad y otros enfoques para medir los beneficios—los DALY preservados—no tienen suficiente amplitud para medir la gama completa de beneficios médicos, económicos, sociales y psicológicos de los servicios de salud sexual y reproductiva. Se necesita un enfoque conceptualmente diferente. En verdad, el valor de la salud sexual y reproductiva no siempre puede expresarse en términos de efectos directos cuantificables: ¿Cómo cuantificar, por ejemplo, el valor de la capacidad para tener un hijo? Otros beneficios—como la mejor educación de los niños en familias pequeñas y el consecuente aumento de productividad—pueden ser mensura-

bles, pero en la práctica se los ha medido raramente debido a la necesidad de contar con datos a fondo y en series longitudinales.

Además, los DALY pueden definir demasiado estrechamente los beneficios de las intervenciones médicas. Para estimar los DALY perdidos debido a cada enfermedad o trastorno, un panel de expertos determinó la gravedad de la ulterior discapacidad *funcional* de manera uniforme para todo el mundo. No obstante, el grado de ponderación asignado por los expertos puede no coincidir con la manera en que la gente experimenta esos resultados en diferentes comunidades y contextos, debido a la importancia de factores culturales, económicos y atinentes a la calidad de la vida.* En algunas sociedades, por ejemplo, la prevención de la infecundidad o de la fistula obstétrica tendría beneficios sociales tal vez mayores que los de orden físico o médico. Si no se toman en cuenta aquellos beneficios, se subvalorará una posible intervención.

Aun cuando expresen beneficios estrictamente médicos, los DALY pueden subvalorar las intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, en las estimaciones del proyecto Carga Mundial de Morbilidad siempre se asigna la defunción o la discapacidad a una sola causa. Sin embargo, muchos problemas de salud son consecuencia de múltiples causas que interactúan; por ejemplo, el embarazo puede suscitar o agravar algunas complicaciones de la

*La OMS está preparando factores de ponderación regional, pero estos aún no están completos; en consecuencia, las estimaciones disponibles para su utilización en este informe no están ponderadas por región.

diabetes. Por consiguiente, las estimaciones deberían asignar a la diabetes una parte de los DALY perdidos y al embarazo otra parte. Si se reflejaran esos efectos, los DALY serían más útiles para determinar la eficacia en función de los costos y para formular intervenciones apropiadas.

De manera similar, una determinada intervención en materia de salud puede arrojar beneficios en aspectos de salud que exceden su propósito principal. Cuando no se toman en cuenta esos beneficios accesorios, no se asignan cabalmente a la intervención los beneficios que ha generado. Por ejemplo, los condones proporcionados como parte de un programa de prevención de las ITS también pueden prevenir los embarazos no planificados. Este beneficio indirecto tal vez no se atribuya a la provisión de servicios de ITS.

La Comisión sobre Macroeconomía y Salud no se limitó estrictamente a los beneficios médicos, pero no tomó en cuenta ni los beneficios económicos de la mejor salud de individuos, hogares y comunidades, ni los beneficios sociales y personales. Dado que el Proyecto de Estudios de la Mujer de FHI abordó algunos de esos resultados más amplios, dicho proyecto creó un sólido precedente en cuanto a determinar los efectos de los servicios anticonceptivos sobre las vidas de las mujeres. Es necesario profundizar mucho más los estudios sobre los beneficios de servicios anticonceptivos para las personas, los hogares y la sociedad, así como los efectos de los otros dos aspectos principales de las intervenciones en salud sexual y reproductiva: atención de la salud materna y servicios relativos a

las ITS, junto con la atención ginecológica y urológica de otro tipo.

Al igual que lo que ocurre con la medición de los beneficios, en los estudios existentes hay grandes variaciones en los componentes incluidos para la medición de los costos, lo cual dificulta las comparaciones entre distintos estudios.³⁶ Los costos calculados para los servicios suelen ser sólo costos directos, como los de personal y materiales utilizados, y se omiten costos generales de funcionamiento e inversión. Otro costo importante que raramente se considera de manera adecuada es el costo de oportunidad para posibles clientes. Para una mujer de bajos ingresos en un país en desarrollo, un viaje a la clínica puede ser sumamente oneroso en lo concerniente al tiempo que insume y a las presiones culturales que debe enfrentar. Aplazar la procreación, ser portador del VIH o utilizar un condón puede tornar a las mujeres, y a los hombres, vulnerables al estigma social.

Finalmente, mientras varios enfoques miden sólo los costos de las intervenciones de la atención de la salud y otros miden sólo los beneficios, son relativamente pocos los que tratan de determinar la relación costo-eficacia global de un programa, midiendo y analizando ambos aspectos.

Los análisis existentes de las inversiones en salud han centrado la atención en los beneficios médicos y, en menor medida, macroeconómicos. Este enfoque es sumamente eficaz en cuanto a aportar pruebas en apoyo de estrategias de lucha contra las enfermedades,

pero no incorpora cabalmente los beneficios personales, sociales y económicos de la atención de la salud y, en especial, no refleja los beneficios de los servicios de salud sexual y reproductiva. Las cuestiones de sexualidad y reproducción no sólo atañen a la salud, ni tampoco son simplemente un factor que influye sobre el crecimiento macroeconómico, sino que son factores fundamentales para la identidad y la plenitud personal, y para las relaciones en la familia y la sociedad. Los servicios de salud sexual y reproductiva ayudan a las personas y las sociedades a alcanzar múltiples objetivos sociales y económicos.

UTILIDADES DE LAS INVERSIONES EN SERVICIOS ANTICONCEPTIVOS

Pese a sus limitaciones, los métodos existentes de medición de costos y beneficios constituyen un buen punto de partida para demostrar el valor de las inversiones en programas de salud sexual y reproductiva ante los encargados de formular políticas y los funcionarios que asignan recursos. Para ilustrar la idea, en este capítulo se utilizan datos disponibles para estimar los costos y los beneficios relativos a la salud que resultarían de proporcionar servicios anticonceptivos en los países en desarrollo a todas las mujeres que los necesitan.

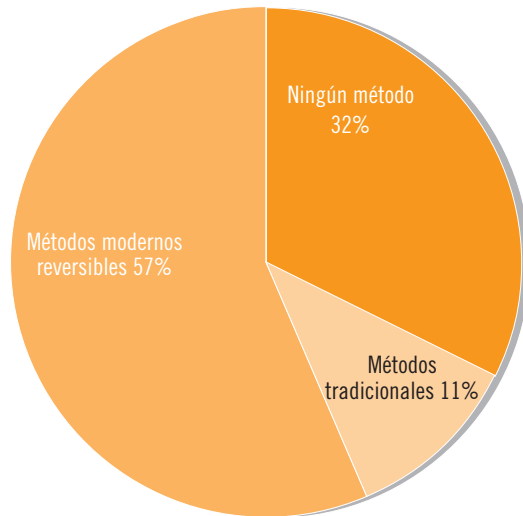
Se centra la atención en los países en desarrollo dado que, a medida que va aumentando la preferencia por familias pequeñas y que siguen creciendo las poblaciones, las necesidades insatisfechas de servicios anticonceptivos en esos países siguen siendo de gran magnitud y, en algunos casos, van en aumento. Los países en desarrollo no pueden satisfacer esas necesidades por sus propios medios; incluso con la asistencia de países donantes y organismos internacionales, tropiezan con dificultades para proporcionar los necesarios servicios anticonceptivos, así como otros tipos de atención de la salud sexual y reproductiva y de atención primaria de la salud en general.

*Los países se agrupan de conformidad con la clasificación de las Naciones Unidas por región y según la clasificación del Banco Mundial por ingreso (bajo, mediano bajo, mediano alto y alto). *Fuente:* Naciones Unidas, Classification of countries, developing countries in the regional aggregates, <http://www.undp.org/hdr2003/pdf/hdr03_backmatter_2.pdf>, sitio visitado el 16 de octubre de 2003; y Banco Mundial, Country classification, classification of economies, <<http://www.worldbank.org/data/countryclass/countryclass.html>>, sitio visitado el 16 de octubre de 2003.

Se suele valorar insuficientemente los beneficios de la provisión de anticonceptivos dado que el evento que estos previenen, un embarazo no planificado, no es una enfermedad; además, las medidas con base en la salud no reflejan los considerables beneficios sociales y económicos que pueden lograrse mediante la mayor capacidad de las parejas para controlar el momento en que nacen sus hijos y el número de éstos. En verdad, aún carecemos de medios adecuados para la medición de algunos de esos beneficios. Incluso así, los resultados en materia de salud son reales y mensurables—por ejemplo, el uso de anticonceptivos evita defunciones de recién nacidos y de madres, así como enfermedades relativas al embarazo—y la estimación de sus costos y beneficios puede ayudar a los encargados de formular políticas, en países tanto donantes como en desarrollo, a apreciar el valor de proporcionar esos servicios.

En este capítulo se considera la medición de los embarazos no planificados (nacimientos no deseados e inoportunos, y abortos) que se previnieron gracias al uso de anticonceptivos. También se indican los beneficios medidos en años de vida ajustados por discapacidad, conocidos por sus siglas en inglés, DALY. (Véase el apéndice, página 42, donde figura información sobre las fuentes de datos y los métodos utilizados para preparar esas estimaciones). Se consideran las variaciones dentro del mundo en desarrollo, entre distintas regiones y en distintas categorías de países, según los niveles de ingreso,* dado que esas variaciones se relacionan con la magnitud de la necesidad de asistencia y apoyo externo.

MUJERES EN SITUACIÓN DE RIESGO QUE DESEAN ESPACIAR LOS NACIMIENTOS (234 MILLONES)



MUJERES EN SITUACIÓN DE RIESGO QUE DESEAN LIMITAR LOS NACIMIENTOS (471 MILLONES)

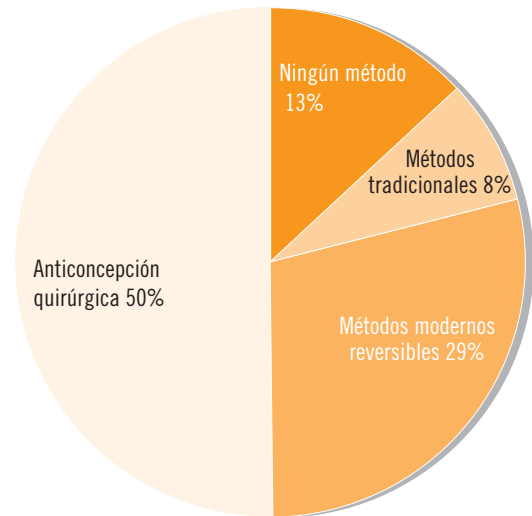


GRÁFICO 3.1 En los países en desarrollo, las probabilidades de utilizar un método tradicional o no utilizar ningún método son mayores entre las mujeres que quieren espaciar los nacimientos que entre las que desean limitarlos. **Fuente:** referencia 2. **Nota:** Las estimaciones corresponden a 2003.

Las estimaciones aquí indicadas incluyen costos y beneficios para todas las mujeres que corren riesgo de embarazo no planificado, inclusive las que ya están utilizando un método anticonceptivo moderno, así como las mujeres que tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos eficaces, es decir, que están usando un método tradicional o no están utilizando ningún método, aun cuando tienen actividad sexual, pueden quedar embarazadas y no desean tener un hijo, o bien nunca, o bien en los dos años siguientes.

En los países en desarrollo, más de la mitad de todas las mujeres corren riesgo de embarazo no planificado

Uno de cada cuatro habitantes de países en desarrollo—más de 1.320 millones—son mujeres en edad de procrear (15 a 49 años).

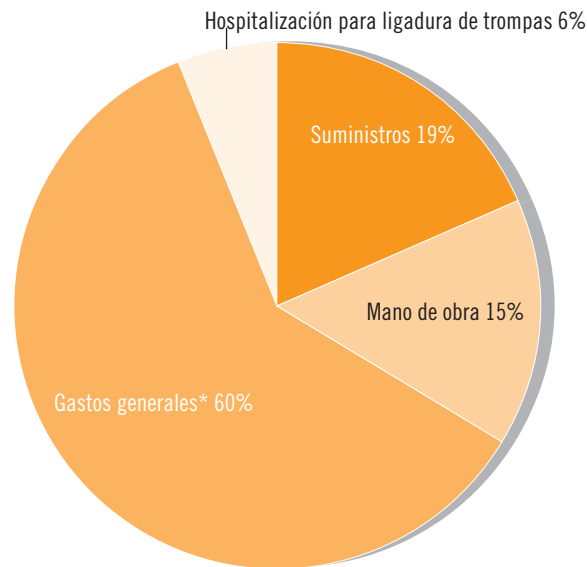
- Casi la mitad de esas mujeres viven en países de bajos ingresos, donde el ingreso medio anual per cápita es inferior a US \$745.¹
- Un 27% vive en China, 46% en otros países asiáticos, 15% en África y 11% en América Latina y el Caribe.
- Aproximadamente dos terceras partes de ellas están casadas o viven con una pareja.

Más de la mitad de las mujeres de 15 a 49 años de edad en el mundo en desarrollo—unos 705 millones—corren riesgo de embarazo involuntario.

- Una tercera parte de esas mujeres, o 236 millones, tienen una ligadura de trompas o un compañero que ha tenido una vasectomía.

- Un 38%, o 268 millones, utilizan un método anticonceptivo reversible que requiere agentes de salud capacitados y suministros continuos o regulares: DIU (el más común), métodos hormonales de acción prolongada, anticonceptivos orales, condones (preservativos) y métodos vaginales.
- Un 9%, o 64 millones, están utilizando métodos tradicionales—principalmente, abstinencia periódica y retiro—que no requieren asesoramiento especializado ni suministros, pero que tienen tasas de falla relativamente altas.
- Casi un 20%, o 137 millones, no utilizan ningún método.
- Una tercera parte de todas las mujeres de países en desarrollo que corren riesgo de embarazo involuntario (234 millones) querrían tener hijos en el futuro, pero no en los dos años siguientes, y dos terceras partes (471 millones) ya no quieren tener más hijos.
- Las mujeres que aspiran a aplazar o espaciar los futuros nacimientos tienen probabilidades dos veces mayores que las que no quieren tener más hijos de no utilizar ningún método o de utilizar un método tradicional: 43% en comparación con 21% (gráfico 3.1)²
- Dado que las mujeres que aspiran a aplazar o espaciar los futuros nacimientos tienen probabilidades mucho mayores que las que no quieren tener más hijos de no utilizar ningún método o utilizar un anticonceptivo distinto de la anticoncepción quirúrgica, corresponden a ellas un 51% de los 76 millones de embarazos involuntarios que ocurren cada año en los países en desarrollo.

COSTO PARA USUARIAS ACTUALES (US \$7.100 MILLONES)



Fuente: referencia 3.

*Se incluyen los gastos de capital, en la medida en que estos se han medido.

Nota: Las estimaciones corresponden a 2003.

GRÁFICO 3.2 El costo de servicios anticonceptivos en países en desarrollo abarca mucho más que los suministros.

El costo de proporcionar servicios anticonceptivos modernos a las actuales usuarias en el mundo en desarrollo es de US \$7.100 millones anuales (dólares de 2003). Este costo es mayor que el que arrojan otras estimaciones debido a que incluye mano de obra, gastos generales y gastos de capital, además de suministros anticonceptivos (gráfico 3.2).³ Con ese importe se previene cada año:

- 187 millones de embarazos involuntarios,
- 60 millones de nacimientos no planificados,
- 105 millones de abortos inducidos,
- 22 millones de abortos espontáneos,
- 2,7 millones de defunciones de menores de un año,
- 215.000 defunciones relacionadas con el embarazo: 79.000 a causa de abortos realizados en malas condiciones y 136.000 no relacionadas con el aborto inducido,
- que 685.000 niños pierdan a sus madres que mueren por causas relacionadas con el embarazo, y
- pérdidas de 60 millones de DALY: 16 millones entre las mujeres y 44 millones entre menores de un año y niños mayores.

Al prevenir esas consecuencias para la salud también se reduce la necesidad de otros servicios, como tratamiento de las complicaciones del aborto realizado en malas condiciones y cuidado de los huérfanos.

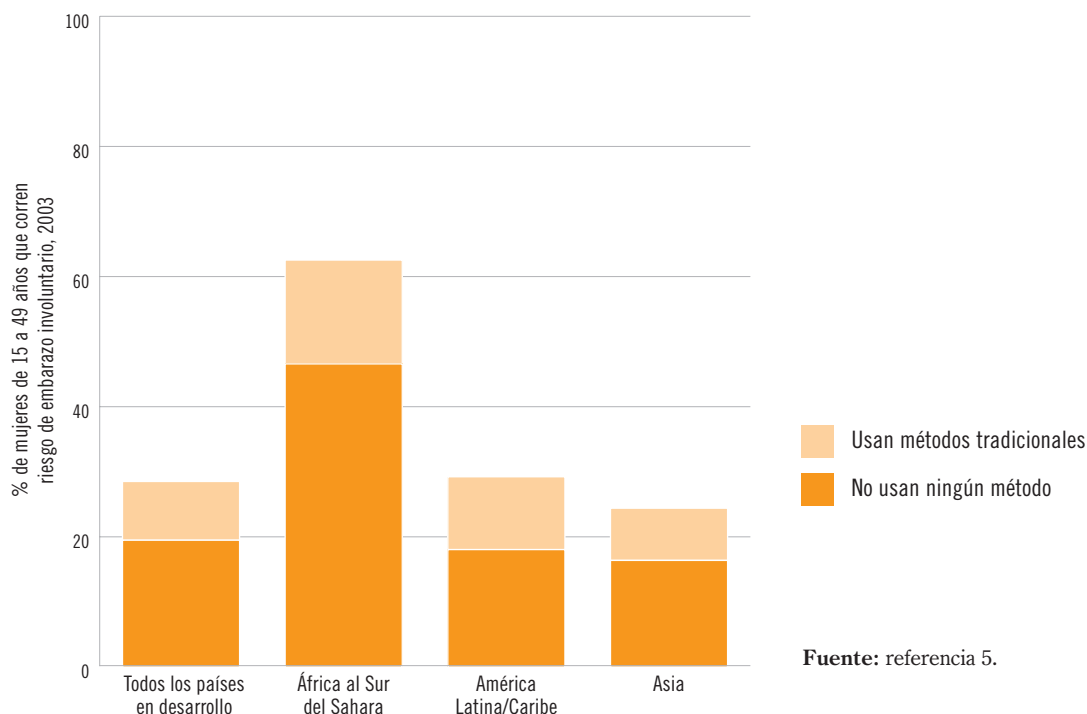
Unos 200 millones de mujeres tienen “necesidad insatisfecha” de anticonceptivos eficaces

La definición de “necesidad insatisfecha” utilizada en este informe difiere de la definición utilizada en las Encuestas Demográficas y de Salud, en la cual sólo se incluye a mujeres que no están utilizando ningún método. En el presente informe también se incluye a las mujeres que están utilizando un método tradicional (retiro, abstinencia periódica u otro método no moderno) debido a las altas tasas de falla de dichos métodos y a la probabilidad de que sean discontinuados, dados los altos niveles de conocimiento y motivación necesarios para un uso sostenido y exitoso. De las mujeres que discontinúan el uso de métodos tradicionales, la mayoría pasa a utilizar un método moderno, según pruebas recogidas en varios países.⁴

En el mundo en desarrollo, hay un total de 201 millones de mujeres que tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos eficaces. Vale decir, tienen necesidad insatisfecha de servicios anticonceptivos casi tres de cada 10 mujeres que corren riesgo de embarazo involuntario y aproximadamente una de cada siete mujeres en edad de procrear.

Al aplicar la definición de necesidad insatisfecha de anticonceptivos utilizada en este informe,

- un 29% de las mujeres en países en desarrollo que corren riesgo de embarazo involuntario tienen necesidad insatisfecha: 63% de las mujeres en riesgo en África al Sur del Sahara, 29% en América



Fuente: referencia 5.

GRÁFICO 3.3 La necesidad insatisfecha de anticonceptivos eficaces es particularmente grande en África al Sur del Sahara.

Latina y el Caribe, y 24% en Asia (gráfico 3.3);⁵ y

- de las mujeres en países en desarrollo con necesidad insatisfecha, tres de cada cinco viven en países de bajos ingresos.

Tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos las mujeres que tratan de aplazar el embarazo o espaciar los nacimientos, así como las que ya no quieren tener más hijos. En verdad, más de la mitad de las mujeres de países en desarrollo que tienen necesidad insatisfecha—102 millones—quieren aplazar o espaciar los nacimientos, esperando al menos dos años más.

- En los países de bajos ingresos, las mujeres con necesidad insatisfecha tienen mayores probabilidades de querer aplazar o espaciar los partos, en lugar de limitarlos, mientras que en los demás países en desarrollo, las proporciones están invertidas.
- En África al Sur del Sahara, dos terceras partes de las mujeres con necesidad insatisfecha de servicios anticonceptivos quieren espaciar el próximo parto, en comparación con menos de la mitad de las mujeres de Asia y de América Latina y el Caribe.
- Una de cada 10 mujeres con necesidad insatisfecha nunca ha estado casada.

En los países en desarrollo, según se estima, cada año las mujeres tienen 76 millones de embarazos no planificados.

- De esos embarazos, 20%, o 16 millones, ocurren entre aproximadamente 504 millones de mujeres en situación de riesgo de embarazo involuntario que están usando un método anticonceptivo

moderno pero quedan embarazadas debido a que han utilizado el método de manera incorrecta o no sistemática, o a que el método ha fallado.

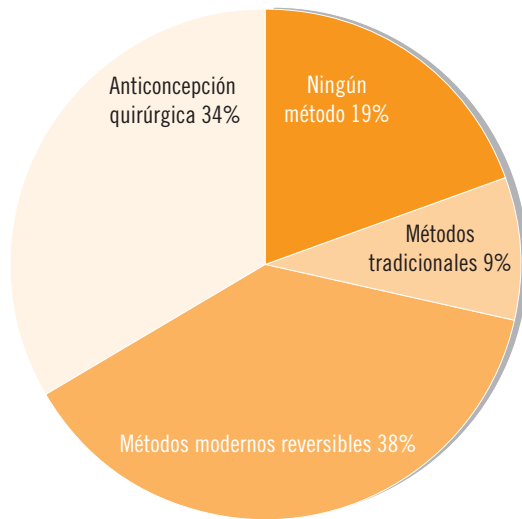
- Un 14%, o 10 millones, ocurren entre los 64 millones de mujeres que utilizan métodos tradicionales.
- Un 66%, o 50 millones, ocurren entre los 137 millones de mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo.

Si bien hasta tres de cada 10 mujeres que corren riesgo de embarazo involuntario tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos, corresponden a ellas ocho de cada 10 embarazos involuntarios que ocurren (gráfico 3.4).⁶

Es posible estimar algunos costos y beneficios de subsanar la necesidad insatisfecha

Si en los países en desarrollo se dispusiera de servicios anticonceptivos, de los 201 millones de mujeres con necesidad insatisfecha muchas—aunque no todas—adoptarían un método moderno. Algunas mujeres siempre tendrán problemas con los métodos modernos, como resultado de efectos secundarios, conceptos erróneos, valores culturales o preferencias personales. Al mismo tiempo y no obstante, algunas mujeres que no se considera que tengan necesidad insatisfecha (por lo general, debido a que se proponen tener un hijo a corto plazo) dicen que tiene la intención de utilizar un método moderno.⁷ En las estimaciones que figuran a continuación se supone que esos dos grupos⁶ serán aproximadamente del

MUJERES DE 15 A 49 AÑOS EN SITUACIÓN DE RIESGO (705 MILLONES)



EMBARAZOS NO PLANIFICADOS (76 MILLONES)

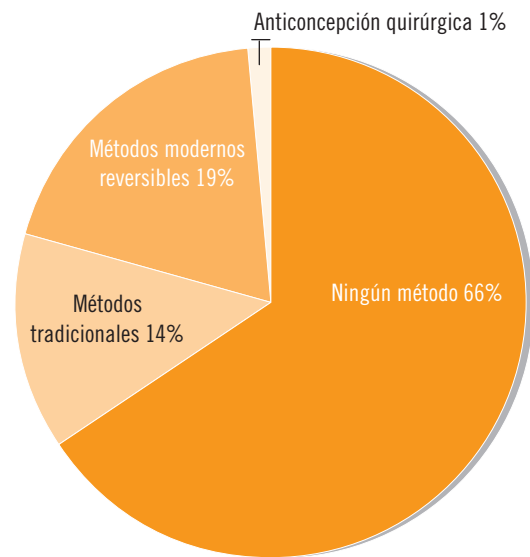


GRÁFICO 3.4 De cada 10 mujeres que corren riesgo de embarazo involuntario en los países en desarrollo, sólo tres no usan ningún anticonceptivo o usan métodos tradicionales, pero tienen ocho de cada 10 embarazos no planificados. **Fuente:** referencia 6. **Nota:** Las estimaciones corresponden a 2003.

mismo tamaño, de modo que si se ofrecieran suficientes servicios anticonceptivos se subsanaría el equivalente del 100% de la necesidad insatisfecha actual. Si, en realidad, una proporción más pequeña de mujeres adoptaran métodos modernos, entonces quedarían reducidos proporcionalmente tanto los costos como los beneficios de los servicios anticonceptivos.

Si los 201 millones de mujeres con necesidad insatisfecha utilizaran métodos modernos según las mismas pautas que las mujeres de su país o su región que actualmente utilizan anticonceptivos modernos, entonces:

- unos 42 millones de mujeres escogerían la anticoncepción quirúrgica femenina y las parejas de casi tres millones escogerían la vasectomía;
- unos 66 millones de mujeres optarían por el DIU y otros métodos reversibles de acción prolongada;
- unos 48 millones de mujeres escogerían anticonceptivos orales; y
- unos 43 millones de mujeres optarían por usar condones (como su principal método de planificación de la familia).

El costo adicional de proporcionar esos servicios anticonceptivos ascendería a US \$3.900 millones anuales (dólares de 2003). Esos costos incluyen US \$696 millones en medicamentos y suministros, US \$90 millones en hospitalización de mujeres para ligadura de trompas, US \$413 millones en costos de mano de obra y US \$2.700 millones en gastos generales y gastos de capital.

Aun cuando entre las mujeres que utilizan métodos modernos seguirá ocurriendo algunos embarazos no planificados debido a la falla de los anticonceptivos, al subsanar la necesidad insatisfecha se evitarían 52 millones de embarazos adicionales por año: 26 millones de embarazos se aplazarían y 26 millones serían prevenidos totalmente. Así, en los países en desarrollo se reduciría el número de nacimientos no planificados en 72% y el número de abortos inducidos, en 64%.

Al evitar 52 millones de embarazos involuntarios, se prevendrían:

- 23 millones de nacimientos no planificados,
- 22 millones de abortos inducidos,
- siete millones de abortos espontáneos,
- 1,4 millón de defunciones de niños menores de un año,
- 142.000 defunciones relacionadas con el embarazo: 53.000 debidas a abortos realizados en malas condiciones y 89.000 por otras causas; y
- que 505.000 niños pierdan a sus madres.

Esa inversión también prevendría la pérdida de 27 millones de DALY: nueve millones entre las mujeres y 18 millones entre menores de un año y niños mayores. En otras palabras, una inversión de US \$144 en servicios de salud sexual y reproductiva en los países en desarrollo, preserva un año de vida saludable.

Los países de bajos ingresos serían los más beneficiados: a ellos correspondería el 80% de las defunciones prevenidas y el 75% de

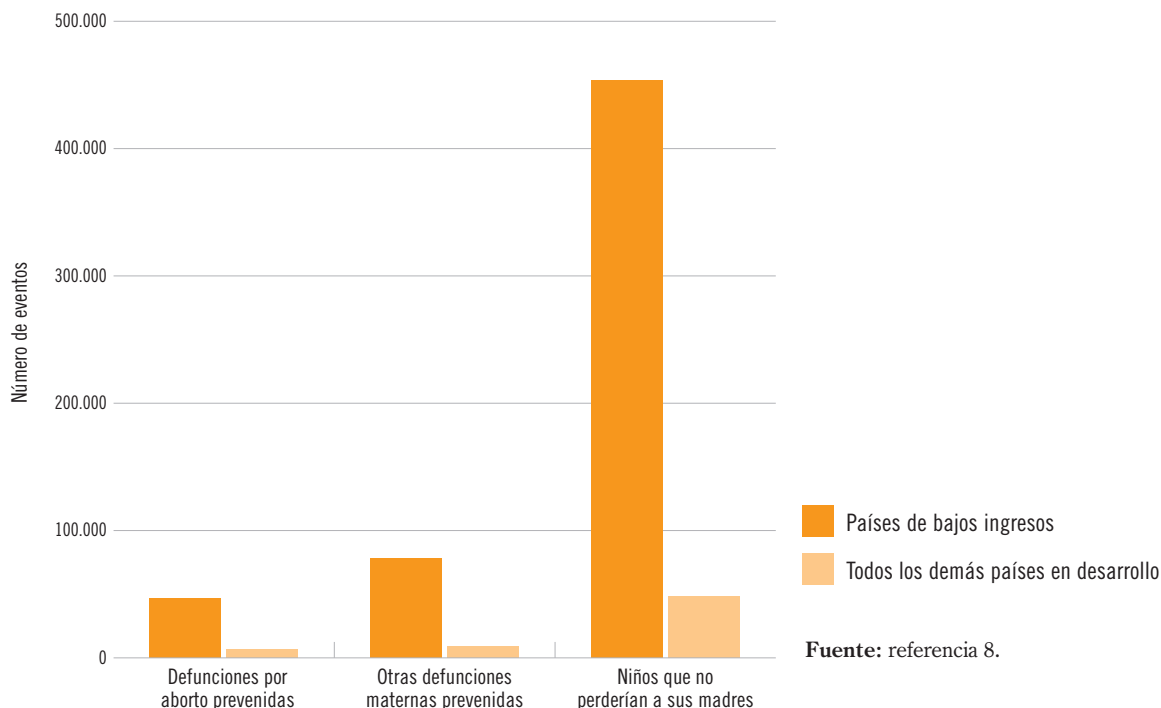


GRÁFICO 3.5 Los países de bajos ingresos serían los más beneficiados si se satisficieran todas las necesidades de anticonceptivos.

los DALY preservados. Si en los países de bajos ingresos se subsanaran todas las necesidades insatisfechas, se evitarían 47.000 defunciones debidas al aborto y 79.000 defunciones maternas debidas a otras causas; asimismo, 457.000 más niños tendrían la oportunidad de crecer con sus madres (gráfico 3.5).⁸ Además, dentro de los países de bajos ingresos, el grueso de los beneficios correspondería a las mujeres y los niños más pobres, debido a que las probabilidades de tener necesidad insatisfecha son mucho mayores para las mujeres en situación desventajosa que para las mujeres en posición económica más alta.⁹

La necesidad de efectuar inversiones adicionales está bien fundamentada

En el mundo en desarrollo, una buena parte de las necesidades de servicios anticonceptivos es satisfecha por los propios países y por la comunidad internacional. Esas fuentes podrían enjugar el déficit restante si dieran cumplimiento a los compromisos asumidos en la

*Se estima que el costo total de satisfacer las necesidades de los actuales usuarios de anticonceptivos y además subsanar la necesidad insatisfecha total es de US \$11.000 millones (dólares de 2003). Esta suma total es algo diferente de la estimación efectuada en la CIPD (US \$10.200 millones de dólares de 1993 o US \$12.600 millones de dólares de 2003), por diversas razones. En las estimaciones de la CIPD se incluía los países con economías en transición, mientras que en el presente informe no se los incluye; en las estimaciones de la CIPD se preveían tasas de aumento de la prevalencia del uso de anticonceptivos en algunas subregiones de Asia más altas que las registradas en 2003 (situación que refleja, tal vez en parte, los efectos del déficit de recursos); y en las suposiciones de la CIPD no se preveían transiciones hacia métodos más costosos, lo que ocurrió en la realidad (y que tal vez refleja las mejoras en la calidad de la atención). Habida cuenta del diferente método de estimación, es notable que las cantidades sean similares.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en 1994, y salvarían así centenares de miles de vidas y millones de DALY, además de generar un cúmulo de beneficios no médicos.* Las mujeres que pueden evitar los partos no planificados y, por ende, las discapacidades relacionadas con el embarazo, tienen más oportunidades de educación, capacitación, empleo y actividades comunitarias o políticas. También disponen de más tiempo y más recursos para dedicarlos a sus hijos. Igualmente importante, es un derecho humano básico la capacidad de decidir libre y responsablemente el número de los propios hijos, el momento de nacer y el espaciamiento entre ellos.¹⁰

Los beneficios de los servicios anticonceptivos exceden las estimaciones presentadas en este capítulo. Además de ofrecer anticonceptivos, las clínicas pueden proporcionar una amplia gama de servicios de salud sexual y reproductiva, utilizando el mismo personal y la misma infraestructura. Los sistemas establecidos para la distribución de anticonceptivos también pueden utilizarse para otros productos de salud sexual y reproductiva. La capacitación que faculta al personal para orientar a clientas y clientes en la selección de un método anticonceptivo también posibilitará que aborde otras cuestiones delicadas en materia de salud sexual y reproductiva.

Los efectos sinérgicos acrecientan los beneficios médicos de la anticoncepción indicados en este capítulo. Cuando las personas optan por el condón como método anticonceptivo, también se protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el

VIH/SIDA. Cuando los agentes de salud efectúan un frotis de Papanicolaou durante una visita con fines anticonceptivos, pueden diagnosticar el cáncer cervical y ofrecer tratamiento. Antes de insertar un DIU, los agentes de salud detectan las ITS y, por consiguiente, pueden ofrecer tratamiento y asesoramiento a las mujeres cuyos análisis de laboratorio son positivos. Las mujeres que visitan regularmente una clínica para obtener suministros anticonceptivos están mejor vinculadas con los sistemas existentes de atención de la salud y, por ende, tienen mayores probabilidades de solicitar atención prenatal u obtener atención obstétrica de emergencia. Los beneficios de las tres esferas de la atención de la salud sexual y reproductiva son amplios y se superponen entre sí.

ENFOQUE AMPLIADO DE LA MEDICIÓN DE COSTOS Y BENEFICIOS

Los enfoques existentes de una medición de beneficios y costos de las intervenciones de salud, inclusive los enfoques conducentes a las estimaciones que figuran en el capítulo anterior, se han centrado en determinar y documentar los beneficios *médicos* de dichas inversiones. Este enfoque es comprensible, dado que los beneficios relacionados con la salud son de medición relativamente fácil y que al evaluar una inversión en la atención de la salud, es natural considerar en primer término los beneficios relativos a la salud.

Pero para reflejar cabalmente el valor de una intervención en materia de salud y para comparar las utilidades de las inversiones, es preciso que consideremos no sólo sus beneficios en lo concerniente a la supervivencia y la salud física, sino también la cuestión más amplia de la manera en que esos beneficios contribuyen al desarrollo económico y al bienestar social. Particularmente en el caso de servicios de salud sexual y reproductiva, los beneficios no médicos representan un componente importante y de gran magnitud de las ventajas de las intervenciones, pero esos beneficios son sumamente difíciles de cuantificar y a menudo no se los reconoce. Al ofrecer esos servicios, los encargados de formular políticas pueden contribuir a alcanzar objetivos como la igualdad de género, la aceleración del crecimiento económico, el aumento de la productividad, la mejora de la equidad social y la ampliación de la participación comunitaria y política.

En este capítulo se describen de manera integral los beneficios de las intervenciones en salud sexual y reproductiva, vinculándolos con objetivos concretos de desarrollo. Se establecen diferencias

entre los beneficios documentados y aquellos que aún no han sido medidos de manera concluyente. En este capítulo también se esbozan los principales componentes de las estimaciones de costos y algunas cuestiones clave para comparar los costos de diferentes intervenciones.

Los servicios de salud sexual y reproductiva generan múltiples beneficios

Los beneficios médicos de las intervenciones de salud sexual y reproductiva son sustanciales. Incluyen la prevención de defunciones a causa de: VIH/SIDA, cáncer, complicaciones del parto y del aborto realizado en malas condiciones; la prevención o minimización de trastornos como fístula obstétrica, septicemia, endometriosis y disfunción sexual; el logro de mejor nutrición y menor riesgo de anemia para la mujer; y mayores tasas de supervivencia y mejor salud para los recién nacidos (véase el recuadro, páginas 28 y 29).¹

Cuando los servicios ofrecidos en una de las tres esferas de atención de la salud reproductiva mejoran los resultados en otra esfera, surgen beneficios adicionales. Los servicios de salud sexual y reproductiva también pueden realzar el valor del sistema general de atención de la salud, particularmente en lo que concierne a las mujeres. Por ejemplo:

- El asesoramiento en el posparto puede incluir remisión a programas de control del niño sano, la atención ginecológica, los servicios para infecciones de transmisión sexual (ITS) y servicios no

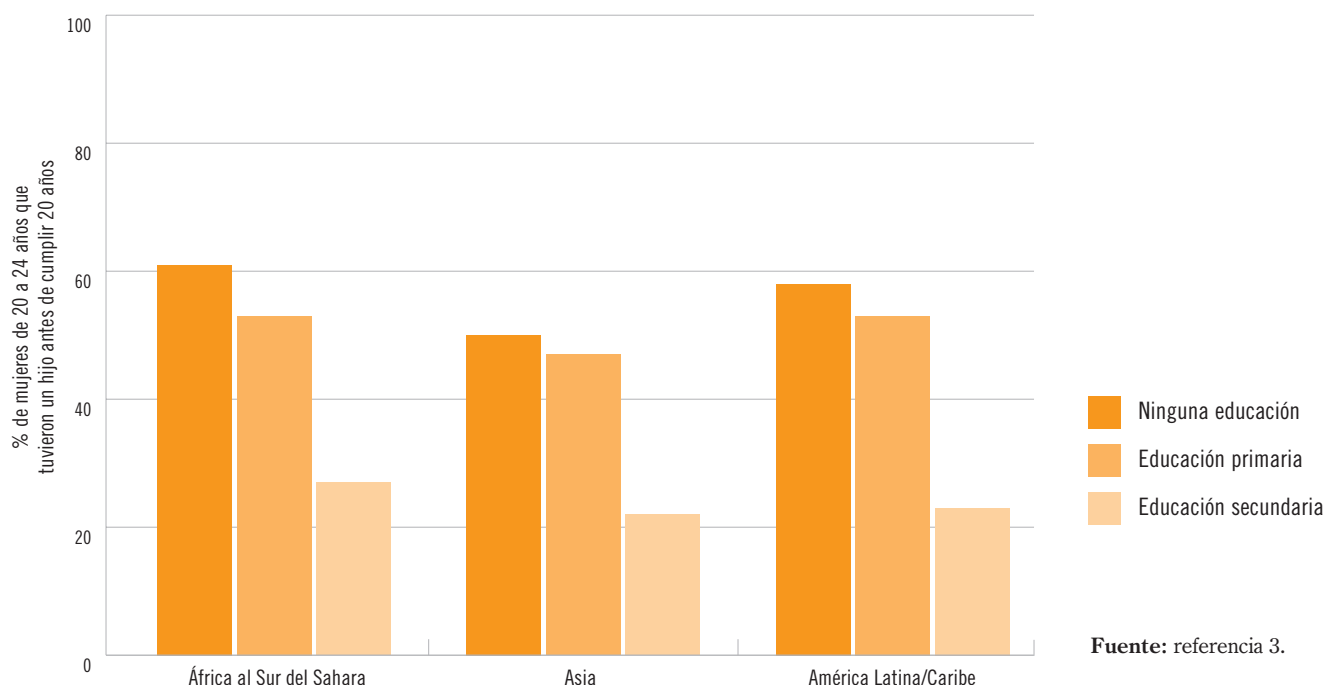


GRÁFICO 4.1 Las mujeres menos instruidas tienen mayores probabilidades de tener hijos a edades más tempranas.

médicos, como el asesoramiento psicosocial para casos de violencia doméstica.

- Los servicios anticonceptivos pueden conectar a las mujeres con el sistema moderno de atención de la salud, en algunos casos por primera vez. En consecuencia, las mujeres tienen mayores probabilidades de recibir atención prenatal, de tener acceso a atención obstétrica de emergencia y de llevar a sus niños a una clínica para que reciban consultas del niño sano.
- El diagnóstico y el tratamiento precoces de algunas ITS, por ejemplo, gonorrea y clamidia, pueden reducir la probabilidad de infección con el VIH.
- Los encargados de servicios anticonceptivos suelen aconsejar a los clientes que utilicen condones (preservativos), los cuales reducen la transmisión de ITS, inclusive el VIH/SIDA. Esto, a su vez, puede conducir a mejores resultados del embarazo y el parto, no sólo para las mujeres sino también para sus recién nacidos.
- Los servicios posteriores al parto y al aborto suelen ofrecer anticonceptivos y asesoramiento en materia de anticoncepción, lo cual puede ayudarse a las parejas a que espacien los partos y eviten tener que recurrir al aborto.

Hay también una multiplicidad de beneficios no médicos—personales, sociales y económicos—dimandados de los servicios anticonceptivos, los servicios de salud materna y los servicios para las ITS y otros tipos de atención ginecológica y urológica (véanse los recuadros, páginas 30 y 31). Muchos de esos beneficios tienen enorme valor directo en sí mismos, particularmente para los individuos y los

hogares. Aún más interesantes para los encargados de formular políticas son los beneficios a nivel de la sociedad y la contribución de esas intervenciones a una multiplicidad de objetivos de desarrollo.

Mejora de la posición social de la mujer. Cada una de las tres esferas de servicios de salud sexual y reproductiva salva vidas de mujeres y reduce la morbilidad. La atención de la salud sexual y reproductiva también puede mejorar las vidas de las mujeres, previniendo o corrigiendo algunos trastornos y eventos que son fuente de estigma y pueden afectar su situación en la familia y en la comunidad. Entre ellos figuran infecundidad, embarazo prematrimonial, fistula obstétrica, aborto y pérdidas menstruales. Los programas de salud sexual y reproductiva pueden incluir educación sobre esos trastornos y situaciones y, según sea necesario, asesoramiento, diagnóstico y tratamiento para reducir su incidencia siempre que sea posible, y también el estigma adscrito a esos trastornos.²

Además, un primer parto en la adolescencia (antes de los 20 años) puede limitar las posibilidades de la mujer en cuanto a educación (gráfico 4.1),³ capacitación y empleo y, a más largo plazo, su perspectiva de obtener una buena remuneración en el trabajo y su seguridad financiera. Si bien no se ha probado que exista una relación causal,⁴ la uniformidad y la solidez del nexo entre ambas situaciones en todo el mundo prueba que si se aplaza la maternidad mediante el uso de servicios anticonceptivos, lo probable es que esta postergación sea un importante factor contribuyente a que la mujer alcance más altos niveles de educación.

EJEMPLOS DE BENEFICIOS MÉDICOS DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Servicios anticonceptivos

- Ayudan a espaciar los nacimientos, con los siguientes resultados:
 - menores tasas de mortalidad infantil y en la niñez
 - menor riesgo de anemia en las madres
 - más tiempo para amamantar, lo cual mejora la salud y aumenta la supervivencia de los lactantes
- Previenen los embarazos de alto riesgo entre:
 - adolescentes muy jóvenes
 - mujeres mayores (entre las edades de 35 y 49)
 - mujeres que han tenido muchos partos
 - mujeres con trastornos médicos preexistentes
- Previenen el aborto en malas condiciones a raíz de embarazos no deseados y, por ende, reducen:
 - la cantidad de defunciones maternas
 - la mala salud
 - las tasas de infecundidad
- Previenen las defunciones de madres y lactantes y los trastornos de salud resultantes de nacimientos no deseados
- Facilitan la detección de las ITS y de otros problemas de salud

Servicios de salud materna

- La atención prenatal proporciona:
 - educación y asesoramiento sobre comportamientos saludables, dieta y nutrición
 - oportunidades de intervenir sin tardanza en casos de complicaciones
 - oportunidades de tratar trastornos existentes, como hipertensión, anemia, paludismo, hepatitis, tuberculosis y enfermedades cardiovasculares
- La atención obstétrica reduce la probabilidad y la gravedad de:
 - hemorragias
 - infecciones
 - fistulas obstétricas
 - incontinencia urinaria o fecal
 - inflamación pelviana
- Las visitas de posparto contribuyen a:
 - reducir las infecciones
 - acrecentar el amamantamiento
 - mejorar la nutrición
- La atención de las complicaciones del aborto realizado en malas condiciones reduce la mortalidad y la gravedad de las posibles enfermedades posteriores y promueve el uso posterior de anticonceptivos

Las mujeres de todas las edades dicen que el uso de anticonceptivos para controlar el momento de dar a luz y evitar embarazos involuntarios mejora su bienestar personal y su situación en el hogar. Las investigaciones cualitativas indican que el uso de anticonceptivos reduce el estrés causado por el riesgo de embarazos no planificados y mejora las relaciones en la pareja. En Bolivia, por ejemplo, las mujeres que usan anticonceptivos demuestran poseer mayor autoestima que las que no los usan, y en Filipinas, las usuarias de anticonceptivos manifiestan una mayor satisfacción general con sus vidas que las no usuarias. Las mujeres afirman que la postergación de la procreación y el tamaño más pequeño de la familia, merced al uso de anticonceptivos, posibilitan mayor tiempo libre, así como oportunidades educacionales y económicas.⁵

El control de su fecundidad y la capacidad para contribuir económicamente al hogar pueden otorgar a las mujeres mayor confianza y el poder de tomar decisiones dentro del hogar. Por ejemplo, en Filipinas las usuarias de anticonceptivos tienen mayores probabilidades que las no usuarias de compartir con sus esposos las decisiones en el hogar.⁶ La educación sobre sexualidad y el asesoramiento en materia de sexualidad también pueden mejorar las posibilidades de la comunicación entre la pareja, de modo que las decisiones en el hogar se adopten en un plano de mayor igualdad.

La dinámica de las familias más pequeñas reduce la discriminación por motivos de género en el largo plazo. Un estudio realizado en Ghana comprobó que los hijos de familias numerosas, particularmente las

niñas, tenían menores probabilidades de asistir a la escuela y padecían una mayor desigualdad dentro del hogar que quienes tenían menor cantidad de hermanos y hermanas.⁷ Dado que la anticoncepción contribuye a que las familias sean más pequeñas, también puede contribuir a la educación femenina y a la igualdad de la mujer.

La atención de la salud materna y los servicios anticonceptivos también proporcionan oportunidades de detectar a las mujeres víctimas de violencia por motivos de género y ofrecerles asesoramiento psicosocial. Las embarazadas en particular están sujetas a malos tratos físicos;⁸ quienes proporcionan atención prenatal pueden ayudar a las mujeres a determinar el grado de peligro para ellas y sus hijos y a considerar maneras de protegerse.

Contribución al crecimiento económico. Al proteger y mejorar la salud, los servicios anticonceptivos, los servicios de salud materna y los servicios relativos a las ITS y otros tipos de atención ginecológica y urológica, al igual que las demás intervenciones de salud, acrecientan la productividad en el hogar y en la fuerza laboral, lo cual arroja beneficios económicos en los planos personal, del hogar y de la sociedad. Por otra parte, la atención de la salud sexual y reproductiva difiere de otras intervenciones de salud en algunos aspectos importantes. Por ejemplo:

- Las ITS, incluido el VIH/SIDA, tienen un mayor grado de prevalencia entre los jóvenes, tanto los varones como las mujeres. Al prevenir esas infecciones se logrará un beneficio a largo plazo sobre la fuerza laboral y la productividad.

Servicios relativos a las ITS y atención ginecológica y urológica

- La prevención y el tratamiento de las ITS, inclusive el VIH/SIDA:
 - salva vidas y previene la mala salud
 - reduce la transmisión entre la pareja sexual y de las madres a sus hijos
 - reduce la infecundidad
- La prevención y el tratamiento de la gonorrea reducen:
 - los casos de septicemia, artritis y endocarditis en el hombre
 - las inflamaciones pelvianas y la infecundidad en la mujer
 - las infecciones oculares y la ceguera en los recién nacidos
- La prevención y el tratamiento del papilomavirus humano (PVH) reduce la prevalencia de las verrugas genitales y el cáncer cervical
- La atención ginecológica y urológica puede prevenir y reducir las enfermedades y las muertes debidas a:
 - cáncer cervical, de mama y de próstata
 - endometriosis
 - fibromas y tumores ováricos
 - infecciones del aparato reproductor
 - disfunción sexual

- Las familias que deben mantener a menor cantidad de hijos pueden estar en condiciones de ahorrar más y contribuir al aumento de las inversiones y al más rápido crecimiento económico.
- Cuando la cohorte de jóvenes es más pequeña, el gasto en la educación puede encauzarse hacia mejorar la calidad de las escuelas y ofrecer capacitación para empleos que requieran mayores calificaciones.
- Cuando la cohorte de jóvenes es más pequeña, puede ser absorbida más fácilmente en la fuerza laboral del país, reduciendo el desempleo y la desesperanza entre los jóvenes y contribuyendo a un más alto grado de estabilidad y seguridad.
- La atención de la salud materna y los servicios relativos a las ITS reducen el número de defunciones y de casos de discapacidad entre los progenitores, de modo que mejoran la salud de los hijos, aumentan sus oportunidades de educación y, en el largo plazo, acrecientan su productividad cuando llegan a la adultez.

El acceso a los anticonceptivos ofrece poderosos beneficios macroeconómicos al abrir la “oportunidad demográfica”.⁹ A medida que un país va atravesando la transición demográfica hacia menores tasas de mortalidad y de fecundidad, una gran cohorte de trabajadores jóvenes, nacidos en el pasado cuando las tasas de natalidad eran superiores, ingresan en su etapa productiva. Al mismo tiempo, los progenitores están optando por tener menor cantidad de hijos e invertir más recursos en cada uno de ellos. Hay una cantidad relativamente pequeña de ancianos que mantener.

Cuando cada trabajador tiene una cantidad relativamente pequeña de familiares a cargo, el país tiene oportunidad de reforzar el crecimiento económico, merced al aumento del ahorro y de la inversión a corto y mediano plazo. Si durante este período la calidad de la administración pública es de un nivel suficientemente alto para que el aumento del ahorro se traduzca en inversiones eficientes y productivas, las ventajas pueden ser de gran magnitud y larga duración.

Finalmente, la prevención y la atención en las tres esferas de la salud sexual y reproductiva pueden reducir la necesidad de gastos públicos ulteriores. Una menor cantidad de defunciones y una mejor salud de la población en edad de procrear reducen el número de huérfanos y de familias necesitadas. Una menor cantidad de embarazos involuntarios significa que habrá menos nacimientos no deseados y menores gastos en educación, atención de la salud y otros servicios sociales. Prevenir las ITS y otros problemas ginecológicos y urológicos es menos costoso que dispensar tratamiento.

Reducción de la pobreza y la desigualdad. Los principales beneficiarios de la atención de la salud sexual y reproductiva en el sector público son las mujeres y los hombres más pobres y en situación más desventajosa, quienes de otro modo no tendrían acceso a la atención médica. Los estudios empíricos realizados en muchos países demuestran los beneficios de las familias pequeñas en cuanto a reducir la pobreza en el hogar y mejorar el nivel de educación y salud de los hijos.¹⁰ Los beneficios operan en muchos niveles: al proteger las vidas y la salud de los padres y madres se impide que

EJEMPLOS DE BENEFICIOS NO MÉDICOS DE LOS SERVICIOS ANTICONCEPTIVOS

Individuales

- Mayor satisfacción en la vida
- Menos preocupación acerca de embarazos no planificados
- Mayor autoestima y autoeficacia, especialmente entre las mujeres
- Mayor poder de decisión, especialmente entre las mujeres
- Más tiempo para dedicar a los hijos
- Mayores oportunidades de educación y empleo, especialmente para las niñas y las mujeres
- Mejor condición social de la mujer
- Mayores oportunidades de participar en organizaciones sociales y cívicas
- Mayor seguridad financiera, especialmente para las mujeres
- Mayor productividad y aumento de ingresos

Familia/hogar

- Mayor capacidad de las mujeres para atender a sus familias
- Relaciones conyugales más firmes y estables
- Promoción de la adopción conjunta de decisiones en el hogar
- Menos discriminación contra las hijas por ser de sexo femenino
- Mayor atención a cada hijo por parte de padres y madres
- Aumento de ingresos del hogar
- Mayores gastos en salud, nutrición y educación para cada hijo
- Menor cantidad de niños huérfanos
- Mejores condiciones de vida como resultado de menos hacinamiento

Comunidad/sociedad

- Mayor productividad y aumento de ingresos
- Menor carga social para atender a niños descuidados
- Menor desigualdad entre hombres y mujeres
- Rápido crecimiento económico durante la “oportunidad demográfica”
- Mayores ahorros e inversiones
- Mejor productividad
- Menores gastos públicos en educación, atención de la salud y otros servicios sociales

sus familias caigan en la pobreza; las mujeres en posición económica más alta tienen menores probabilidades que las mujeres pobres de morir en el parto; y los recién nacidos y niños de hogares en mejor posición económica tienen menores probabilidades de morir que los de familias pobres.¹¹ Además, como se señaló en el capítulo 3, el grueso de los beneficios de ampliar la provisión de servicios anticonceptivos corresponderá a mujeres, niños y familias que viven en países de bajos ingresos.

El mejor estado de salud y una menor carga de trabajo en el hogar pueden abrir nuevas posibilidades económicas para las mujeres pobres y ofrecerles más oportunidades de efectuar inversiones productivas. Por ejemplo, en un estudio sobre mujeres en Kenia, se comprobó que las principales razones para la demora en la devolución de préstamos de microcrédito eran los gastos relacionados con las familias numerosas, inclusive la desviación de los fondos para sufragar medicamentos, matrículas escolares o gastos de la vivienda.¹² Los servicios anticonceptivos y la atención de la salud materna ayudarían a estas mujeres a proseguir sus actividades empresariales.

Mayor participación comunitaria y política. Tanto los hombres como las mujeres que son saludables y tienen menor cantidad de hijos que atender disponen de más tiempo para otras actividades, inclusive las cívicas. En una encuesta entre mujeres casadas de mayor edad en dos zonas urbanas de Indonesia, la mitad de ellas dije-

ron que la planificación de la familia había posibilitado que dedicaran más tiempo a las actividades comunitarias.¹³ Al sentirse dotadas de mayor poder y confianza en sí mismas gracias a la planificación de la familia, las mujeres tal vez asuman un papel más activo en la vida comunitaria y política. La anticoncepción y las familias más pequeñas pueden tener un efecto acumulativo: a medida que las mujeres van teniendo más tiempo y más libertad para participar en cuestiones sociales o políticas, promueven cada vez más los servicios anticonceptivos y los aprovechan cada vez más.¹⁴

Es necesario calcular también los costos completos de las intervenciones

Para determinar equitativamente el valor de una intervención en particular, los encargados de formular políticas necesitan estimaciones de costos integrales y comparables entre distintas intervenciones. Tener claridad acerca de cuáles componentes de costos se incluyen en una estimación y cuáles son los costos específicos puede ser muy útil, por ejemplo, para un organismo donante que tal vez esté interesado en apoyar algunos componentes seleccionados.

Las estimaciones deberían medir cinco categorías principales de costos directos:¹⁵

- suministros, inclusive aparatos, medicamentos, equipos para efectuar análisis de detección y materiales;
- mano de obra directa, inclusive el personal de todas las categorías;
- número y tipos de visitas;

EJEMPLOS DE BENEFICIOS NO MÉDICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA

Individuales

- Reducción de la depresión de posparto y la psicosis puerperal
- Reducción del estigma asignado a la infertilidad, el aborto y la fístula obstétrica
- Mayor productividad y aumento de ingresos

Familia/hogar

- Más tiempo para que las madres atiendan a sus hijos
- Menor cantidad de defunciones maternas y menor cantidad de niños huérfanos
- Aumento de ingresos y ahorros del hogar

Comunidad/sociedad

- Menores tasas de mortalidad materna
- Menores costos de atender las complicaciones de la salud materna
- Mayor productividad y aumento de las inversiones

EJEMPLOS DE BENEFICIOS NO MÉDICOS DE SERVICIOS PARA ITS Y OTROS TIPOS DE ATENCIÓN GINECOLÓGICA Y UROLÓGICA

Individuales

- Prevención de la infertilidad y la esterilidad
- Relaciones sexuales más sólidas y más estables
- Menor estigma asignado al VIH/SIDA y la infertilidad
- Mayor posibilidad de que las personas infectadas trabajen y obtengan un ingreso

Familia/hogar

- Mayor apoyo a la familia por parte de progenitores en buena salud
- Menor cantidad de niños huérfanos
- Aumento de ingresos y ahorros del hogar
- Oportunidad de que las parejas conversen sobre cuestiones íntimas

Comunidad/sociedad

- Menor cantidad de niños huérfanos
- Menor cantidad de familias necesitadas de subsidios
- Mayor productividad y aumento de las inversiones
- Reducción del gasto público gracias a la prevención de las ITS, en lugar de proporcionar tratamiento

- gastos generales del establecimiento; y
- gastos de capital.

Si bien hay consenso, en términos generales, acerca de esas categorías, en los estudios se utilizan múltiples definiciones, enfoques y métodos, lo cual dificulta la comparación de costos entre distintos estudios. Los usuarios de estimaciones de costos deberían determinar cuáles son las categorías a incluir y siempre tener presentes las diferencias en la metodología.

Las estimaciones integrales deberían incluir todos los costos, sea cual fuere la fuente de financiación: donantes internacionales, gobiernos nacionales o locales, organizaciones no gubernamentales, clientes de los programas o una combinación de fuentes. Dichas estimaciones también deberían incluir los costos desde la perspectiva del cliente o del paciente que utiliza los servicios—es decir, tanto el tiempo necesario para llegar hasta los servicios, como las sanciones sociales resultantes de percepciones culturales de, por ejemplo, las ITS, el aborto o el no tener un hijo poco tiempo después de contraer matrimonio.

Comparaciones de costos. Los estudios de costos deberían proporcionar suficiente información para posibilitar que los usuarios juzguen el grado de compatibilidad con otros estudios. Los usuarios de dichos estudios deben prestar atención a diversos factores:

- si las estimaciones incluyen las cinco categorías principales de costos directos;

- si las estimaciones de suministros y servicios financiados públicamente incluyen los subsidios, y si incluyen los costos para los clientes, como pagos directos en efectivo;
- si las estimaciones incluyen sólo el costo de prestar servicios o también costos conexos, como los de capacitación o de programas de información, educación y comunicación;
- si las estimaciones a comparar utilizan las mismas definiciones de gastos generales, tasas de interés, métodos de cálculo de costos, trabajo voluntario y tipos de cambio para conversiones monetarias; y
- si las estimaciones se efectuaron en el mismo año o si se han ajustado en función de la inflación.

Factores específicos para determinados contextos. Aparte de la metodología concreta de estimación, los factores contextuales o medioambientales pueden afectar la manera en que han de interpretarse los resultados de un estudio de costos. Entre las principales cuestiones a considerar figuran las siguientes:

- *Estructura y contenido de los servicios.* Tal vez se incluyan en el cálculo los costos conexos, no atribuibles directamente al servicio prestado. Por ejemplo, si un sistema basado en una clínica ofrece múltiples servicios de salud sexual y reproductiva (o incluso, de salud en general) pero atribuye todos los costos de personal a la planificación de la familia, exagerará el costo real de proporcionar tales servicios de planificación de la familia. Asimismo, es posible que los servicios disponibles sean integrados en un establecimiento y separados en otros, con lo cual se plantea interrogantes

acerca de cómo asignar los costos y compararlos entre distintos establecimientos. Unos servicios con nombres similares pueden variar en su contenido (por ejemplo, la combinación de métodos específicos ofrecidos por el programa o el tipo de procedimiento para el tratamiento de una complicación del aborto), o en calidad (por ejemplo, los agentes de salud pueden dedicar más o menos tiempo a cada cliente, utilizar diferentes niveles de asesoramiento o aplicar diferentes protocolos).

- *Etapa del programa.* Un programa nuevo suele tener elevados costos iniciales y bajo volumen de usuarios y, por ende, tendrá un mayor costo unitario (por ejemplo, por visita o por usuario) que un programa ya establecido, cuyos únicos costos son los corrientes y que cuenta con un alto volumen de clientes. Por otra parte, un programa piloto estrechamente monitoreado puede tener menores costos unitarios que un programa en gran escala en el cual incidan las condiciones de la vida real, como la subutilización de la capacidad, la deficiente coordinación o la corrupción.¹⁶
- *Número y tipos de clientes.* Los programas al servicio de poblaciones de alto riesgo y de difícil acceso suelen tener costos medios mayores que otros programas. Los programas que tienen grandes cantidades de clientes y de visitas suelen aprovechar las economías de escala, utilizando plenamente las instalaciones y el personal y viabilizando la compra al por mayor de los productos.

La documentación de toda la gama de costos y beneficios posibilitará opciones mejor fundamentadas

La medición de los beneficios personales, sociales y económicos de la atención de la salud sexual y reproductiva puede ser difícil pero dichos beneficios son extremadamente importantes, tanto para el bienestar humano como para el desarrollo económico. Es preciso intensificar mucho más las acciones para medir esos amplios beneficios y reconocer su importancia.

Tanto los investigadores como los funcionarios ejecutivos necesitan tener una actitud más flexible y abierta frente a la multiplicidad de efectos y de maneras de medirlos. Los estudios deberían incluir mediciones de la salud que no se limitaran a la pérdida de vidas o de funciones físicas e incluyeran mediciones como las del bienestar emocional o mental. Los estudios también deberían considerar resultados no médicos mensurables y poner a prueba las relaciones entre esos resultados y los insumos de los servicios. Por ejemplo, aplazar el primer parto y espaciar los nacimientos son efectos mensurables del uso de anticonceptivos y, a su vez, pueden tener efectos mensurables para los individuos (como mejoras de la estabilidad en el empleo o el adelanto en la carrera) y para las familias (como un más alto nivel de vida, mejores oportunidades para los hijos o mayor tiempo que padres y madres dedican a cada hijo).

Tal vez no siempre sea posible cuantificar los beneficios de una intervención de salud demostrando una relación causal, pero las pruebas estadísticas pueden vincular una intervención con un efecto directo. La investigación cualitativa puede contribuir a documentar algunos beneficios, como el efecto de la mejor salud de las madres sobre el bienestar de sus hijos o el efecto de un menor estigma social sobre la ampliación de los medios de acción de la mujer.

Tal vez no sea posible expresar en dólares o en DALY algunos costos y beneficios de ciertas intervenciones de salud, pero es imprescindible encontrar un método mejor, en lugar de simplemente excluirlos por esa causa de los cálculos de costo-beneficio y de las comparaciones. Al poner a disposición de los funcionarios ejecutivos la gama completa de costos y beneficios se ayudará a que efectúen opciones plenamente fundamentadas entre distintos programas. Al proporcionarles las mejores constataciones, ellos podrán seleccionar y apoyar las políticas y los programas más valiosos y con mayor eficacia en función de los costos.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los líderes mundiales han esbozado un amplio marco para la acción por parte de países tanto ricos como pobres. Para alcanzar esos objetivos, es esencial la salud sexual y reproductiva. Efectivamente, algunos de los indicadores escogidos para medir el progreso hacia esos objetivos evalúan algunos adelantos escogidos en materia de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, la proporción de partos que cuentan con atención de personal de salud capacitado es un indicador de progreso hacia el objetivo de la salud materna; y la tasa de prevalencia del VIH entre embarazadas de 15 a 24 años de edad y la tasa de prevalencia del uso de condones (preservativos) entre mujeres casadas de 15 a 49 años son indicadores del progreso en la lucha contra el VIH/SIDA.¹

Otros aspectos de la salud sexual y reproductiva también están implícitos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, pero no se mencionan explícitamente. Esto se debe en parte a que muchos de los beneficios indirectos de la salud sexual y reproductiva son difíciles de medir. Por ejemplo, los servicios anticonceptivos ayudan a las parejas a tener familias más pequeñas y de este modo posibilitan que las familias pobres inviertan más recursos en cada hijo. Esta inversión adicional mejora la nutrición en el corto plazo y, en el largo plazo, ayuda a los hijos a prepararse para mantenerse a sí mis-

mos, mediante la educación y la capacitación. De esta manera, aunque no se ha elaborado una medición para evaluar su contribución, los servicios anticonceptivos promueven, sin lugar a dudas, el primer Objetivo de Desarrollo del Milenio—“Erradicar la extrema pobreza y el hambre”.

La mala salud sexual y reproductiva representa una gran proporción de la carga mundial de morbilidad

Los análisis, como los de los proyectos Carga Mundial de Morbilidad, y Prioridades de Lucha contra las Enfermedades en Países en Desarrollo, así como los análisis del Banco Mundial (en su *Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993*) y de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, han logrado enormes adelantos hacia cuantificar los beneficios de las intervenciones de salud. Han demostrado que la deficiente salud sexual y reproductiva representa una proporción sustancial—casi una quinta parte—del total de la carga mundial de morbilidad, y que las intervenciones en salud sexual y reproductiva son buenas inversiones.

Esos y otros estudios muestran que el efecto de la mala salud sexual y reproductiva afecta más gravemente a los grupos en situación más desventajosa, en especial mujeres y niños, y afecta desproporcionadamente a las personas residentes en países de bajos ingresos.^{2*} Por ejemplo, en África al Sur del Sahara, los trastornos de la salud sexual y reproductiva representan casi dos terceras partes de los años de vida ajustados por discapacidad (DALY) que pier-

*En el informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) mencionado en la referencia 2 se resumen los factores diferenciales dentro de cada país para los 44 países incluidos en la serie del Banco Mundial *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population*.

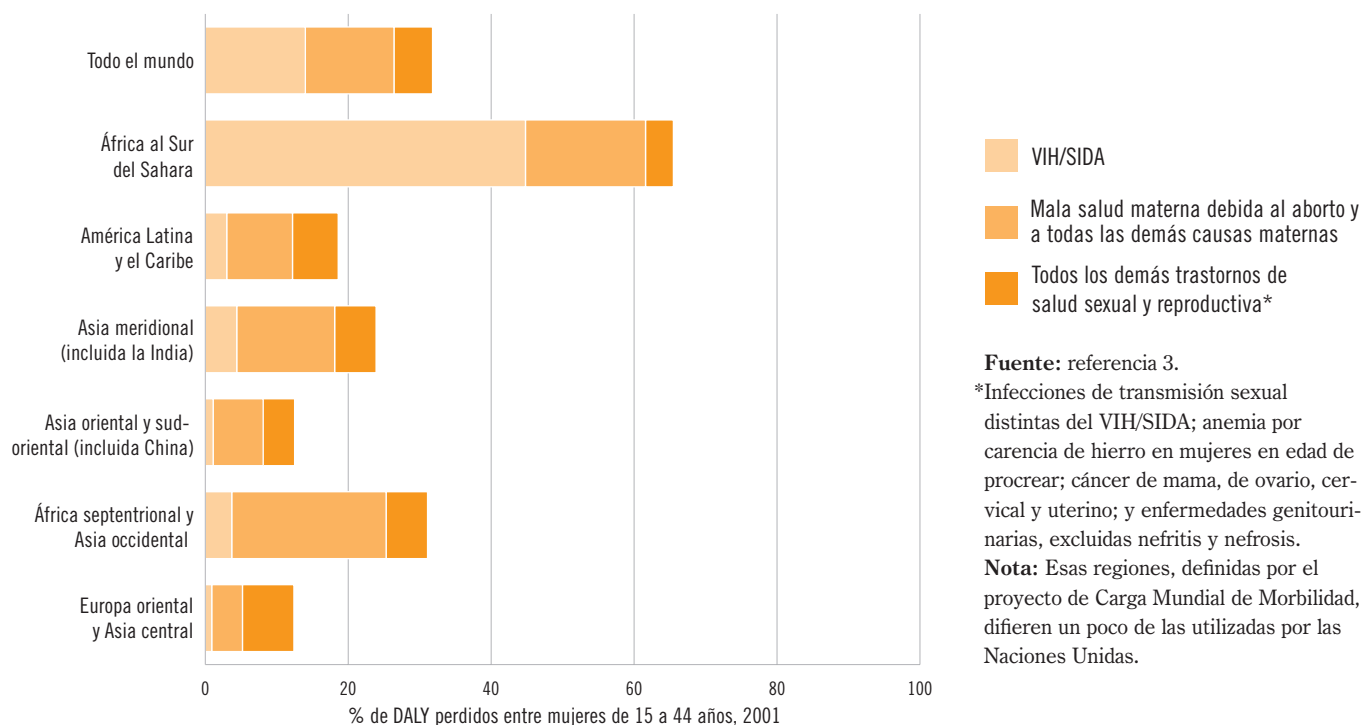


GRÁFICO 5.1 Las mujeres de África al Sur del Sahara padecen más enfermedades sexuales y reproductivas que las mujeres de otras regiones.

den las mujeres en edad de procrear, en comparación con sólo una tercera parte a nivel mundial (gráfico 5.1).³ Las adolescentes, tanto casadas como solteras, corren un alto riesgo de trastornos de la salud sexual y reproductiva; en particular, las adolescentes casadas pueden carecer de los medios para utilizar anticonceptivos o para evitar el contagio con una infección de transmisión sexual (ITS) de sus esposos, que suelen tener mucho más edad que ellas.⁴ Además, las adolescentes con actividad sexual, tanto casadas como solteras, manifiestan altos niveles de embarazo no planificado y de necesidad insatisfecha de anticonceptivos.⁵

Desde que esos intensos esfuerzos de evaluación comenzaron en el decenio de 1990, mucho ha cambiado en el sector de salud. Las reformas en dicho sector han introducido cambios en el costo de los servicios, en las fuentes de recursos que los sufragan y en las poblaciones cubiertas, así como en el contenido y la estructura de los servicios disponibles. La pandemia de VIH/SIDA ha cambiado la carga de morbilidad y discapacidad, tanto en general como en lo concerniente a la salud sexual y reproductiva (gráfico 5.2, página 36).⁶ No obstante, los estudios realizados en el último decenio proporcionan una firme base para la investigación y la acción en el futuro.

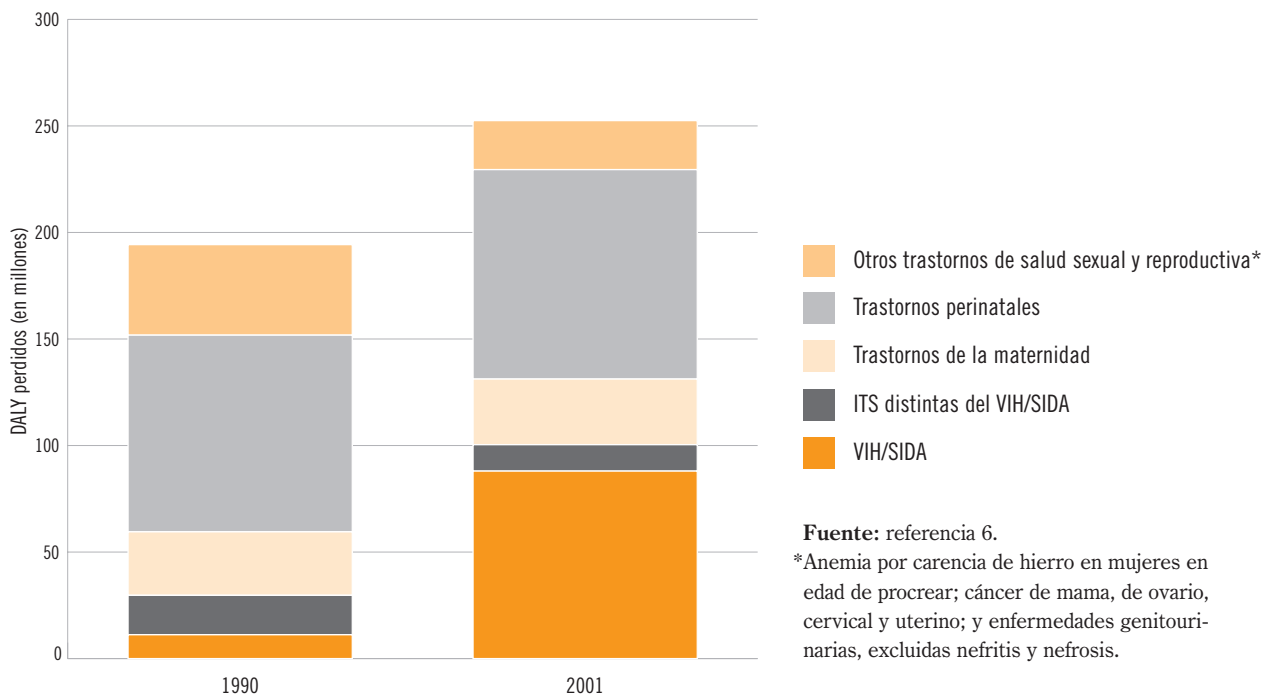
Los beneficios de las intervenciones en salud sexual y reproductiva tienen gran alcance

Los enfoques actuales, en general, no reconocen los beneficios no médicos de las intervenciones en salud sexual y reproductiva y, por ende, los valoran insuficientemente. Por ejemplo, además de sus

beneficios médicos, la atención de la salud materna ayuda a las familias a mantenerse intactas, posibilita un más alto nivel de ahorro e inversión en los hogares, y alienta una mayor productividad. La prevención y el tratamiento de las ITS, y el tratamiento de trastornos como la fístula y la infertilidad, también aminoran el estigma social y ayudan a los padres y madres a mantener su salud, y estar así en mejores condiciones para atender a sus hijos y efectuar inversiones en ellos. Las familias saludables disponen de mayores ingresos y mayores ahorros, lo cual estimula el crecimiento económico.

Los actuales métodos de evaluación de costos y beneficios probablemente han de valorar los servicios anticonceptivos menos que los demás componentes de servicios de salud sexual y reproductiva debido a que, como ya se indicó, el embarazo—la situación que el uso de anticonceptivos tiene el propósito de prevenir—no es una enfermedad. No obstante, como se ha indicado en este informe, los servicios anticonceptivos redundan en importantes beneficios médicos; además, producen los más amplios beneficios no médicos de las tres esferas de intervención en materia de salud sexual y reproductiva.

En lo concerniente a los beneficios médicos, el uso de anticonceptivos (sumado a servicios de salud materna) minimiza los efectos negativos sobre la salud del embarazo involuntario y los partos de alto riesgo, inclusive abortos realizados en malas condiciones, hemorragia, infección, anemia, bajo peso al nacer y malnutrición. En el presente informe se muestra que si los servicios de anticoncep-



Fuente: referencia 6.

*Anemia por carencia de hierro en mujeres en edad de procrear; cáncer de mama, de ovario, cervical y uterino; y enfermedades genitourinarias, excluidas nefritis y nefrosis.

GRÁFICO 5.2 El VIH/SIDA ha pasado a ser una importante causa de mala salud por infecciones sexuales y reproductivas en todo el mundo.

tivos modernos estuvieran a disposición de los 201 millones de mujeres del mundo en desarrollo cuyas necesidades están insatisfechas, cada año sería posible salvar 1,5 millón de vidas; además, se preservarían aproximadamente 27 millones de DALY, propiciando así una mayor productividad, un más alto nivel educacional y mejor atención de la familia; y habría 505.000 menos niños que perderían a sus madres.

Con todo lo llamativas que son esas cantidades, hay algo que podría ser aún más importante: los beneficios personales, sociales y económicos de los servicios anticonceptivos. Un embarazo involuntario, que el uso de anticonceptivos trata de prevenir, puede perjudicar a individuos, familias, comunidades y sociedades de maneras que son difíciles de medir en dólares o en DALY.

La futura investigación debería centrarse en encontrar enfoques y metodologías para cuantificar más los beneficios de la atención de la salud sexual y reproductiva y hacerlo de maneras que sean suficientemente similares entre distintos estudios y distintas intervenciones, a fin de posibilitar la comparación de los resultados. Las evaluaciones deberían:

- reconocer que es preciso medir múltiples beneficios;
- incluir constataciones de investigaciones explicativas que proporcionen pruebas de los efectos;
- cuando no es posible determinar una relación causal, buscar correlaciones estadísticas plausibles;
- reconocer que tal vez sea necesario recurrir a metodologías cua-

litativas alternativas para documentar los beneficios y los costos no cuantificables; y

- velar por que las comparaciones de costos sean completas y fidedignas.

Es necesario contar con estudios más integrales sobre costos y beneficios en todos los niveles, a fin de satisfacer las necesidades de los funcionarios ejecutivos. Los encargados de formular políticas, por su parte, deben tener presente la multiplicidad de los beneficios en materia de salud sexual y reproductiva y los efectos sinérgicos entre dichos beneficios; y cuando utilizan estudios existentes, ellos deben incorporar la debida ponderación para los beneficios indirectos, así como no médicos y no monetarios, aun cuando se carezca de mediciones para compararlos con beneficios de orden financiero y médico.

La mala salud sexual y reproductiva puede prevenirse en gran medida, pero se necesita un apoyo sostenido

Los servicios anticonceptivos que ofrecen opciones entre diversos métodos, inclusive condones, así como educación y asesoramiento, pueden ayudar a las personas y las parejas a protegerse contra embarazos involuntarios e infecciones de transmisión sexual (ITS), inclusive el VIH/SIDA. La atención ginecológica y urológica regular puede prevenir y ofrecer tratamiento para cánceres del aparato reproductor y otros trastornos. El embarazo y el parto ciertamente entrañan riesgos de salud, incluso cuando son planificados, pero

tales riesgos pueden mitigarse mediante la atención prenatal y obstétrica. Los servicios eficaces de salud sexual y reproductiva podrían preservar una proporción sustancial de los DALY que se pierden cada año.

También es importante que los encargados de formular políticas y los planificadores tomen en cuenta que, a diferencia de las necesidades en muchos otros aspectos de la salud, la prevención en materia de salud sexual y reproductiva es continua. Por ejemplo, el riesgo de un embarazo involuntario puede abarcar decenios en la vida de una mujer, y las personas pueden correr riesgo de contraer una ITS durante todo el tiempo en que tengan actividad sexual. Si no se mantuvieran los actuales niveles de intervención, se correría el riesgo de que las mejoras en la salud y los adelantos hacia los objetivos generales de desarrollo logrados hasta el momento se debiliten en gran medida y, posiblemente, se contrarresten.

Las intervenciones en salud sexual y reproductiva son buenas inversiones

En este informe se fundamenta la necesidad de movilizar nuevos recursos con destino a inversiones en mejores servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres y los hombres de todo el mundo. En la actualidad, los individuos, las organizaciones no gubernamentales y los gobiernos de países en desarrollo ya aportan más del 75% de los gastos corrientes.⁷ Si bien los países en desarrollo deben seguir efectuando inversiones en servicios de salud sexual y reproductiva, es hora de que los países desarrollados den

cumplimiento a las promesas efectuadas en 1994 durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). En el año 2000, los países desarrollados aportaron US \$2.600 millones con destino a servicios de salud sexual y reproductiva en los países en desarrollo, menos de la mitad de lo que habían prometido en la CIPD para ese año.

Contrarrestar la pandemia de VIH/SIDA, ayudar a las mujeres a que equilibren el trabajo y la familia, y prevenir las defunciones maternas, la esterilidad y la infertilidad son metas ambiciosas, pero realistas. También son necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio antes de 2015.

REFERENCIAS

Capítulo 1: Introducción

1. Byford S y Sefton T, *First Aid: Lessons from Health Economics for Economic Evaluation in Social Welfare*, Londres: London School of Economics and Political Science, 2002; Chao D, Dunn S y Springle M, *BenCost Version 4: A Computer Program for Estimating the Financial Benefits and Costs of Family Planning Programs*, Research Triangle Park, NC, EE.UU.: Research Triangle Institute, 1999; y Over M, *Economics for Health Sector Analysis, Concepts and Cases*, Washington, DC: Banco Mundial, 1992.
2. Janowitz B y Bratt JH, *Methods for Costing Family Planning Services*, Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas y Research Triangle Park, NC, EE.UU.: Family Health International (FHI), 1994; y Janowitz B, Measham D y West C, *Issues in the Financing of Family Planning Services in Sub-Saharan Africa*, Research Triangle Park, NC, EE.UU.: FHI, 1999.
3. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Comisión de Población y Desarrollo, Informe del Secretario General sobre la corriente de recursos financieros para la asistencia a la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Nueva York: Naciones Unidas, 2003.
4. Vlassoff M y otros, *Costs and Benefits of Providing Sexual and Reproductive Health Services: A Review*, Occasional Report, Nueva York: The Alan Guttmacher Institute, 2004, Número 11 (de próxima publicación).

Recuadro: Objetivos de Desarrollo del Milenio

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *El Estado de la Población Mundial 2002: Población, Pobreza y Oportunidades*, Nueva York: UNFPA, 2002.

Capítulo 2: Enfoques existentes de la medición de costos y beneficios

1. Murray CJ y otros, *The Global Burden of Disease 2000 Project: Aims, Methods and Data Sources, Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001, Número 36.
2. Jamison DT y otros, editores, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Nueva York: Oxford University Press, 1993.
3. Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993: Inversiones en Salud*, Washington, DC: Banco Mundial, 1993.
4. Comisión sobre Macroeconomía y Salud, *Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico*, Ginebra: OMS, 2001.
5. Barnett B y Stein J, *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*, Research Triangle Park, NC, EE.UU.: Family Health International (FHI), 1998.
6. Naciones Unidas, Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 5 a 13 de septiembre de 1994, Nueva York: Naciones Unidas, 1995.
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Compilation of costs of sexual and reproductive health interven-*

tions, from over 500 studies worldwide, 2002, <http://bbs.unfpa.org/spcd/costing/group_gc.cfm?category=GC&component_id=77>, sitio visitado con permiso del UNFPA el 28 de febrero de 2003 (se prevé el futuro acceso público en www.unfpa.org/rhcosting).

8. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Financial Resources for HIV/AIDS Programs in Low- and Middle-Income Countries over the Next Five Years*, Ginebra: ONUSIDA, 2002.

9. OMS, Estimates of DALYs by sex, cause and WHO mortality sub-region, estimates for 2001, 2002, <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_estimates,burden_estimates_2001,burden_estimates_2001_subregion&language=english>, sitio visitado el 9 de julio de 2003.

10. Íbidem.

11. Walsh J y otros, Maternal and perinatal health, en: Jamison DT y otros, editores, 1993, op. cit. (véase referencia 2), págs. 363 a 390.

12. Íbidem.

13. Over M y Piot P, HIV infection and sexually transmitted diseases, en: Jamison DT y otros, editores, 1993, op. cit. (véase referencia 2), págs. 455 a 527.

14. Banco Mundial, 1993, op. cit. (véase referencia 3).

15. Jamison DT, Disease control priorities in developing countries, an overview, en: Jamison DT y otros, editores, 1993, op. cit. (véase referencia 2), Cuadro 1A-3, págs. 17 a 22 y Cuadro 1A-5, págs. 24 y 25.

16. Íbidem.

17. Marseille E y otros, HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa, *Lancet*, 2002, 359(9320):1851-1856.

18. The Alan Guttmacher Institute, The Futures Group International, Population Action International y Population Reference Bureau, Potential impact of increased family planning funding on the lives of women & their families overseas, 2000, <http://www.guttmacher.org/pubs/fund_impact.html>, sitio visitado el 10 de junio de 2003.

19. Cochrane S y Sai F, Excess fertility, en: Jamison DT y otros, editores, 1993, op. cit. (véase referencia 2), págs. 333 a 361.

20. Nortman D, Halvas J y Rabago A, A cost-benefit analysis of the Mexican Social Security Administration's family planning program, *Studies in Family Planning*, 1986, 17(1):1-6.

21. Chao D y Allen K, A cost-benefit analysis of Thailand's family planning program, *Studies in Family Planning*, 1984, 10(3):75-81.

22. Moreland SR, editor, *Investing in Egypt's Future: The Costs and Benefits of Family Planning in Egypt*, El Cairo: National Population Council y RAPID IV, 1996.

23. Vietnam Center for Population Studies & Information y The Futures Group International, *Vietnam's Population and Family Planning Investments and Savings (1979-2010)*, Hanoi, Viet Nam: The National Committee for Population and Family Planning y The Futures Group International, 1997.

24. Comisión sobre Macroeconomía y Salud, 2001, op. cit. (véase referencia 4).

25. Íbidem, pág. 51.

26. Barnett B y Stein J, 1998, op. cit. (véase referencia 5).

27. Íbidem, págs. 20 a 25; y Nazar Beutelspacher A, Zapata Martelo E y Vazquez Garcia V, Does contraception benefit women? structure, agency and well-being in rural Mexico, *Feminist Economics*, 2003, 9(2-3):213-238.

28. Lapham RJ y Mauldin WP, National family planning programs: review and evaluation, *Studies in Family Planning*, 1972, 3(3):29-52; Mauldin WP y Ross JA, Family planning programs: efforts and results, 1982-1989, *Studies in Family Planning*, 1991, 22(6):350-367; y Ross JA y Mauldin WP, Family planning programs: efforts and results, 1972-94, *Studies in Family Planning*, 1996, 27(3):137-147.

29. Phillips JF y otros, Determinants of reproductive change in a traditional society: evidence from Matlab, Bangladesh, *Studies in Family Planning*, 1988, 19(6) Part I:313-334.

30. Bongaarts J, *The Role of Family Planning Programs in Contemporary Fertility Transitions*, Policy Research Division Working Paper, Nueva York: Population Council, 1995, Número 71.

31. Demeny P, On the end of the population explosion, *Population and Development Review*, 1979, 5(1):141-162; y Pritchett LH, Desired fertility and the impact of population policies, *Population and Development Review*, 1994, 20(1):1-55.

32. Seltzer JR, *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*, Santa Monica, CA, EE.UU.: RAND, 2002, pág. 60.

33. UNFPA, Background note on the resource requirements for population programs in the years 2000-2015, Nueva York: UNFPA, 1994; y Naciones Unidas, 1995, op. cit. (véase referencia 6).

34. UNFPA, 2002, op. cit. (véase referencia 7).

35. ONUSIDA, 2002, op. cit. (véase referencia 8), pág. 10; y Schwartlander B y otros, Resource needs for HIV/AIDS, *Science*, 2001, 292(5526): 2434-2436, <<http://www.sciencemag.org/content/vol292/issue5526/index.shtml>>, sitio visitado el 10 de octubre de 2003.

36. Janowitz B, Measham D y West C, *Issues in the Financing of Family Planning Services in Sub-Saharan Africa*, Research Triangle Park, NC, EE.UU.: FHI, 1999.

Capítulo 3: Utilidades de las inversiones en servicios anticonceptivos

1. Banco Mundial, Country classification, classification of economies, <<http://www.worldbank.org/data/countryclass/countryclass.html>>, sitio visitado el 16 de octubre de 2003.

2. Estimaciones de The Alan Guttmacher Institute (AGI), véase el apéndice.

3. Íbidem.

4. Cleland J y Ali M, Dynamics of contraceptive use, en: Naciones

Unidas, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*, Nueva York: Naciones Unidas, 2004.

5. Estimaciones del AGI, véase el apéndice.

6. Íbidem.

7. Ross J, Stover J y Willard A, *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs, 116 Countries*, Glastonbury, CT, EE.UU.: The Futures Group International, 1999, pág. 71.

8. Estimaciones del AGI, véase el apéndice.

9. Gwatkin D y otros, *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition and Population*, Report Series, Washington, DC: Banco Mundial, 2000; y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *El Estado de la Población Mundial 2002: Población, Pobreza y Oportunidades*, Nueva York: UNFPA, 2002.

10. Proclamación de Teherán, Acta final de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Teherán, 22 de abril a 13 de mayo de 1968, <<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/l2ptchr.htm>>, sitio visitado el 14 de agosto de 2003.

Capítulo 4: Enfoque ampliado de la medición de costos y beneficios

1. Setty-Venugopal V y Upadhyay UD, Birth spacing: three to five saves lives, *Population Reports, 2002*, Series L, Número 13, págs. 7 y 8; y AbouZahr C, Disability-adjusted life years (DALYs) and reproductive health: a critical analysis, *Reproductive Health Matters*, 1999, 7(14):118–129.

2. AbouZahr C, 1999, op. cit. (véase referencia 1); y AbouZahr C y Vaughan JP, Assessing the burden of sexual and reproductive ill-health: questions regarding the use of disability-adjusted life years, *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(5):655–666.

3. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Comisión de Población y Desarrollo, Informe sucinto sobre seguimiento de la población mundial, Nueva York: Naciones Unidas, 2003, pág. 19.

4. Knowles C y Behrman JR, *Assessing the Economic Returns to Investing in Youth in Developing Countries*, Health, Nutrition and Population Discussion Papers, Washington, DC: Banco Mundial, 2003 (de próxima publicación).

5. Barnett B y Stein J, *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*, Research Triangle Park, NC, EE.UU.: Family Health International (FHI), 1998, págs. 14, 15, 18, 19 y 78.

6. Íbidem.

7. Lloyd CB y Gage-Brandon AJ, *Does Sibsize Matter? The Implications of Family Size for Children's Education in Ghana*, Policy Research Division Working Paper, Nueva York: Population Council, 1992, Número 45.

8. Heise LL, *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*, World Bank Discussion Papers, Washington, DC: Banco Mundial, 1994, Número 255; y Gazmararian JA y otros, Prevalence of violence against pregnant women, *Journal of the American Medical Association*, 1996, 275(4):1915–1920.

9. Birdsall N, Kelley AC y Sinding SW, editores, *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, Nueva York: Oxford University Press, 2001; Merrick T, Population and poverty: new views on an old controversy, *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28(1): 41–46; Bloom DE, Canning D y Sevilla J, *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*, Santa Monica, CA, EE.UU.: RAND, 2002; y Bulatao RA, *The Value of Family Planning Programs in Developing Countries*, Santa Monica, CA, EE.UU.: RAND, 1998.

10. Knodel J, Napaporn H y Werast S, Family size and the education of children in the context of rapid fertility decline, *Population and Development Review*, 1990, 16(1):31–62; Desai S, When are children from large families disadvantaged? evidence from cross-national analyses, *Population Studies*, 1995, 49(2):195–210; y Montgomery M y Lloyd CB, High fertility, unwanted fertility, and children's schooling, en: Bledsoe CH y otros, editores, *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, Washington, DC: National Academy Press, 1999.

11. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *El Estado de la Población Mundial 2002: Población, Pobreza y Oportunidades*, Nueva York: UNFPA, 2002.

12. UNFPA, *Women and Micro-Enterprises: An Assessment of UNFPA Experiences*, Evaluation Report, Nueva York: UNFPA, 1993, Número 6.

13. Amal SH y otros, Family planning and women's empowerment: challenges for the Indonesian family, Research Triangle Park, NC, EE.UU.: FHI, 1997.

14. Sen A, *Development as Freedom*, Nueva York: Anchor Books, 1999, págs. 198 y 199.

15. UNFPA, Compilation of costs of sexual and reproductive health interventions, from over 500 studies worldwide, 2002, <http://bbs.unfpa.org/spcd/costing/group_gc.cfm?category=GC&component_id=77>, sitio visitado con permiso del UNFPA el 28 de febrero de 2003 (se prevé el futuro acceso público a www.unfpa.org/rhcosting).

16. Acharya A, *Review of Cost Estimation Methods for Family Planning Services in Developing Countries after ICPD-Cairo*, Working Paper Series, Cambridge, MA, EE.UU.: Harvard Center for Population and Development Studies, 2001, Volumen 11(1).

Capítulo 5: Resumen y conclusiones

1. Grupo del Banco Mundial, *Millennium Development Goals: About the Goals*, <http://www.developmentgoals.org/About_the_goals.htm>, sitio visitado en septiembre de 2003.

2. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *El Estado de la Población Mundial 2002: Población, Pobreza y Oportunidades*, Nueva York: UNFPA, 2002; y Organización Mundial de la Salud (OMS), *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, Ginebra: OMS, 2002.

3. OMS, Estimates of DALYs by sex, cause and WHO mortality sub-

region, estimates for 2001, 2002, <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_estimates,burden_estimates_2001,burden_estimates_2001_subregion&language=english>, sitio visitado el 9 de julio de 2003.

4. Mensch BS, Bruce J y Greene ME, *Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*, Nueva York: Population Council, 1998, págs. 62 a 70; The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, Nueva York: AGI, 1998, págs. 17, 30 y 31; y Population Reference Bureau (PRB), *Youth in Sub-Saharan Africa: A Chartbook on Sexual Experience and Reproductive Health*, Washington DC: PRB y ORC Macro, 2001.

5. AGI, 1998, op. cit. (véase referencia 4), pág. 30.

6. Murray CJ y Lopez AD, editores, *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Cambridge, MA, EE.UU.: Harvard School of Public Health, 1996; y OMS, 2002, op. cit. (véase referencia 3).

7. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Comisión de Población y Desarrollo, Informe del Secretario General sobre la corriente de recursos financieros para la asistencia a la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Nueva York: Naciones Unidas, 2003.

DEFINICIONES, METODOLOGÍA Y FUENTES DE DATOS

Mujeres en edad de procrear, por país y por estado civil: el número de mujeres en edad de procrear (15 a 49 años) en 2003 fue estimado a partir de: División de Población de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *2002 World Population Prospects*, Nueva York: Naciones Unidas, 2003. **El estado civil** (actualmente casadas, casadas en el pasado y nunca casadas) de las mujeres de 15 a 49 años fue tomado de diferentes fuentes, que se indican a continuación, por orden de prioridad.

1. La más reciente Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) para un país, de ORC Macro, MEASURE DHS+STATcompiler, 2003, <www.measuredhs.com/statcompiler>, sitio visitado el 28 de mayo de 2003.
2. Ross J, Stover J y Willard A, *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs, 116 Countries*, Glastonbury, CT, EE.UU.: The Futures Group International, 1999, Appendix Table A-7.
3. División de Población de las Naciones Unidas, Database on Marriage Patterns, datos inéditos proporcionados el 5 de junio de 2002.
4. Estimaciones basadas en promedios (no ponderados) de países con datos de EDS dentro de la subregión correspondiente.
5. Estimaciones basadas en datos de EDS disponibles para un país en la misma región y con similares pautas de matrimonio.

Mujeres que corren riesgo de embarazo involuntario: ese grupo se definió como integrado por todas las mujeres que tienen actividad sexual, pueden quedar embarazadas y, o bien no quieren tener hijos o más hijos (quieren limitar), o bien no quieren tener un hijo en los dos años siguientes (quieren espaciar).

Uso de métodos anticonceptivos: las categorías fueron anticoncepción quirúrgica (masculina o femenina); métodos modernos reversibles—DIU, métodos hormonales de acción prolongada (inyectables e implantes), la píldora, el condón (preservativo), los métodos de barrera vaginales y espermi-

cidas; y los métodos tradicionales—abstinencia periódica, retiro y otros métodos no modernos.

Mujeres con necesidad insatisfecha de servicios anticonceptivos: se definió como mujeres que corrían riesgo de embarazo involuntario y, o bien utilizaban un método tradicional, o bien no utilizaban ningún método.

Distribución de mujeres de 15 a 49 años de edad desagregadas en función del riesgo de embarazo involuntario, el uso de métodos anticonceptivos y la preferencia en materia de fecundidad (espaciar o limitar sus nacimientos), según su estado civil: esos datos se tabularon a partir de diversas fuentes.

1. Para todos los países en que se realizó una EDS en 1990 o posteriormente, y cuyos archivos de datos estaban disponibles para uso público, se utilizó la EDS más reciente.
2. Para los países donde se realizó una encuesta pertinente pero no disponían de archivos de datos de uso público (en la mayoría de los casos, encuestas realizadas por los U.S. Centers for Disease Control and Prevention; en unos pocos casos, EDS recientes o encuestas realizadas independientemente), se utilizaron las proporciones disponibles en informes publicados.
3. Para cualquier otro país que no contaba con una encuesta sobre fecundidad representativa a nivel nacional, se utilizó, o bien la distribución media no ponderada de su subregión, sobre la base de los países de la subregión que contaban con encuestas, o bien la distribución correspondiente a un país que se encuentra a un nivel similar de la transición demográfica en la misma subregión.

Costos de servicios anticonceptivos: los costos medios por método se han tomado del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA),

Compilation of costs of sexual and reproductive health interventions, from over 500 studies worldwide, 2002, <http://bbs.unfpa.org/spcd/costing/group_gc.cfm?category=GC&component_id=77>, sitio visitado con permiso del UNFPA el 28 de febrero de 2003 (se ha previsto el acceso público en www.unfpa.org/rhcosting). Para cada método, el costo medio incluye mano de obra, medicamentos y suministros, gastos generales (incluidos gastos de capital, aun cuando lo probable es que los datos al respecto sean incompletos) y otros costos.

Los costos de los métodos de acción prolongada se analizaron, aplicando unas suposiciones estandarizadas de los años de protección anticonceptiva otorgados por distintos métodos. (Esas suposiciones—10 años para la anticoncepción quirúrgica y tres años para el DIU—se indican en Janowitz B, Bratt JH y Fried DB, *Investing in the Future: A Report of the Cost of Family Planning in the Year 2000*, Research Triangle Park, NC, EE.UU.: Family Health International, 1990). Para otros métodos, las estimaciones se basan en el suministro por año de 13 ciclos de anticonceptivos orales, 96 condones o cuatro inyecciones. Los costos se calcularon en dólares de 2001 y se ajustaron a dólares de 2003 con un factor de 4%.

Embarazos evitados: se estimó el número de embarazos evitados por el uso actual de métodos anticonceptivos modernos subrayando el número de embarazos ocurridos a las usuarias actuales de anticonceptivos modernos del número que habría ocurrido si no utilizaran ningún método.

El número de embarazos que *se habrían evitado* proporcionando servicios anticonceptivos a todas las mujeres que tienen necesidad insatisfecha se estimó como la diferencia entre el número de embarazos que realmente ocurren entre mujeres con necesidad insatisfecha y el número que ocurriría si utilizaran métodos anticonceptivos modernos (con la misma distribución que las mujeres de su país que son usuarias actuales, desglosada por preferencias en cuanto a la fecundidad y por estado civil).

Tasas de embarazo: se estimó las tasas para las mujeres que utilizan cada método y las que no utilizan ningún método a partir de las tasas de falla del uso de cada método; se las ajustaron a fin de armonizarlas con las estimaciones del número de embarazos involuntarios en 2003 para cada región principal. El número de embarazos involuntarios se tomó de la publicación The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*, Nueva York: AGI, 1999, Appendix Table 3, pág. 53; y AGI, tabulaciones por región, inéditas. Esas estimaciones de cantidades se ajustaron a 2003 sobre la base de la razón entre los nacimientos en 2003 (véase “Número de mujeres en edad de procrear”, *supra*) y los nacimientos en 1999.

Las tasas de referencia para la falla del método de la **esterilización** se tomaron de Trussell J y otros, Contraceptive failure in the United States: an update, *Studies in Family Planning*, 1990, 21(1):51–54. Las tasas iniciales de falla de **métodos reversibles** se tomaron de Cleland J y Ali M, Dynamics of contraceptive use, en: Naciones Unidas, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*, Nueva York: Naciones Unidas, 2004. En caso de que no se usara **ningún método**, se supuso una tasa anual de embarazos del 40%.*

Resultados del embarazo: se supuso que todos los embarazos de mujeres en situación de riesgo de embarazo involuntario serían embarazos no planificados. Se los distribuyeron en función de los resultados (nacimientos no planificados, abortos inducidos y abortos espontáneos), tomados de la distribución de los resultados de embarazos no planificados en las subregiones, indicados en AGI, 1999 y tabulaciones de AGI inéditas (véase “Tasas de embarazo”, *supra*). Se aplicaron promedios subregionales a todos los países de una misma subregión.

Defunciones maternas: las cantidades de defunciones maternas debidas al aborto y a todas las demás causas relacionadas con el embarazo se estimaron sobre la base de datos de varias fuentes. **El número de defunciones maternas por todas las causas relativas al embarazo** para cada país en 2003 se estimó multiplicando la razón del número de nacimientos en 2003 respecto del número en 2000, según las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas, 2003 (véase “Número de mujeres en edad de procrear”, *supra*), multiplicado por el número de defunciones maternas en 2000, según las estimaciones en AbouZahr C y Wardlaw T, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2003. **Mortalidad materna debida al aborto realizado en malas condiciones:** las estimaciones del número de defunciones maternas debidas al aborto realizado en malas condiciones[†] el número de abortos realizados en malas condiciones y las tasas de defunción por cada 100.000 abortos realizados en malas condiciones, por región, se tomaron de las estimaciones para 2000 en la publicación de Áhman E y Shah I, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion*, Ginebra: OMS, 2003 (de próxima publicación), Cuadro 3. Los promedios regionales se aplicaron a todos los países de la misma región. **Mortalidad materna debida al aborto donde éste es legal y/o se realiza en establecimientos médicos:** el número de abortos realizados en condiciones correctas y en ámbitos legales se estimó para cada región subrayando el número de abortos realizados en malas condiciones (tomado de Áhman E y Shah, 2003) del número total de abortos inducidos (tomado de AGI, 1999; y AGI, tabulaciones inéditas; véase “Tasas de embarazo”, *supra*) y se distribuyeron entre los países sobre la base de la situación jurídica del aborto. Las tasas de mortalidad por cada 100.000 abortos realizados en condiciones correctas y en ámbitos legales se basaron en la experiencia recogida en países desarrollados, según lo informado en AGI, 1999. Se estimó los **índices de mortalidad materna por causas distintas del aborto inducido** para cada país subrayando las defunciones maternas debidas al aborto de las defunciones maternas por todas las causas relacionadas con el embarazo, y se expresó como una tasa por cada 100.000 nacidos vivos.

Defunciones de menores de un año: para calcular el número de defunciones de menores de un año, se aplicó la tasa de mortalidad de menores de un año (defunciones de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos) para el período 2000–2005, por país, al número pertinente de nacimientos. División de Población de las Naciones Unidas 2003 (véase “Número de mujeres en edad de procrear”, *supra*).

Niños que no perderían a sus madres: el número de defunciones maternas se multiplicó por el número medio de hijos vivos de las mujeres a fin de estimar el número de niños que padecieron la muerte de sus madres. Las estimaciones se basan en el número medio de hijos vivos que han tenido las mujeres, desagregándolos entre las que quieren espaciar y las que quieren limitar sus nacimientos y en función del tipo de método utilizado (esterilización, métodos modernos reversibles, métodos tradicionales o ningún método), y según la situación marital. Se utilizaron los datos de EDS cuando estos

*Esta estimación del 40% es muy inferior a la tasa anual de embarazo del 85% que Trussell y otros estimaron para parejas con actividad sexual continua a lo largo de un año. Varios estudios sugirieron que algunas parejas que corren riesgo de embarazo involuntario y no utilizan ningún método anticonceptivo no tienen actividad sexual continua. Véase, por ejemplo, Blanc AK y Grey S, Greater than expected fertility decline in Ghana: untangling a puzzle, *Journal of Biosocial Science*, 2002, 34(4):475–495; y Grady WR, Hayward MD y Yagi J, Contraceptive failure in the United States: estimates from the 1982 National Survey of Family Growth, *Family Planning Perspectives*, 1986, 18(5):200–204 y 207–209.

†La cantidad estimada de abortos realizados en malas condiciones incluye los efectuados en países donde el procedimiento está sumamente restringido, así como los realizados en países donde el aborto se permite en condiciones jurídicas amplias.

estaban disponibles. Cuando no se disponía de datos de EDS, se utilizaron promedios subregionales (sin ponderar). Cuando no se dispuso de datos de EDS para computar los promedios subregionales, se utilizaron estimaciones del número medio de hijos vivos, sobre la base de los resultados para países similares de la subregión o de una región similar.

Años de vida ajustados en función de la discapacidad (DALY) perdidos: se estimó el número de DALY perdidos para menores de un año y niños en general sobre la base del número de DALY perdidos a causa de trastornos perinatales por cada 1.000 nacimientos, por región, en 2001. Seguidamente, esas tasas se aplicaron a los nacimientos no planificados en 2003, en cada país de la subregión, en función de los subgrupos de mujeres, por ejemplo, usuarias actuales de anticonceptivos y no usuarias.

El número de DALY perdidos entre las mujeres debido a trastornos de la maternidad distintos del aborto inducido se estimó sobre la base del número de DALY perdidos a causa de todos los trastornos de la maternidad, excepto del aborto inducido, por cada 1.000 nacimientos, por subregión, en 2001. Seguidamente, esas tasas se aplicaron a los nacimientos no planificados en 2003, en cada país de la subregión, según los subgrupos de mujeres, por ejemplo, usuarias actuales de anticonceptivos y no usuarias.

El número de DALY perdidos entre las mujeres debido a abortos inducidos se estimó sobre la base del número de DALY perdidos debido a abortos inducidos por cada 1.000 nacimientos en 2001, por subregión, multiplicado por la razón entre nacimientos en 2003 y abortos en 2003.

Los DALY perdidos en 2001 debidos a cada una de esas causas, por subregión, se obtuvieron de OMS, Estimates of DALYs by sex, cause and WHO mortality sub-region, estimates for 2001, 2002, <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_estimates,burden_estimates_2001,burden_estimates_2001_subregion&language=english>, sitio visitado el 9 de julio de 2003. Los datos sobre nacimientos en 2001 y 2003 se obtuvieron de la División de Población de las Naciones Unidas, 2003 (véase “Número de mujeres en edad de procrear”, *supra*). Las cantidades de abortos en 2003 se obtuvieron de AGI, 1999; y AGI, tabulaciones inéditas (véase “Tasas de embarazo”, *supra*).

Puede obtenerse una explicación más detallada de la metodología en Vlassoff M y otros, *Costs and Benefits of Providing Sexual and Reproductive Health Services: A Review*, Occasional Report, Nueva York: AGI, 2004, Número 11 (de próxima publicación).

Para contrarrestar la pandemia de VIH/SIDA, ayudar a las mujeres a que equilibren el trabajo y la familia, y prevenir las defunciones maternas, es necesario movilizar nuevos recursos con destino a servicios de salud sexual y reproductiva.

- Más de las tres cuartas partes del gasto en servicios de salud sexual y reproductiva en países en desarrollo son efectuadas actualmente por individuos, organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales en países en desarrollo.
- Los donantes de países desarrollados, en particular, están lejos de dar cumplimiento a los compromisos asumidos en 1994, durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. En el año 2000 esos países aportaron US \$2.600 millones con destino a servicios de salud sexual y reproductiva, es decir, menos de la mitad de lo que se habían comprometido a aportar ese año.

© 2004 The Alan Guttmacher Institute, Institución sin fines de lucro dedicada a la investigación sobre salud reproductiva, el análisis de políticas y la educación pública al respecto; y UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, la mayor fuente mundial multilateral de asistencia en materia de población a los países en desarrollo para satisfacer las necesidades de salud reproductiva y apoyar las actividades de desarrollo sostenible. Todos los derechos, inclusive los de traducción en otros idiomas, se han reservado en virtud de la Convención Universal sobre Derechos de Autor, la Convención de Berna para la Protección de Obras Literarias y Artísticas y las Convenciones Interamericanas y Panamericanas de Derechos de Autor (México D.F. y Buenos Aires).

Es posible solicitar que se cedan los derechos de traducción de la información que figura en el presente informe.

ISBN: 0-939253-66-6

Traducción: Beatriz Bugni

Revisión: Lisa Remez

Diseño: Edward Walter Design, Nueva York; Foto: ©Frans Lemmens/Getty Images

The Alan Guttmacher Institute
120 Wall Street
New York, NY 10005
Estados Unidos de América
Teléfono: (212) 248-1111
Fax: (212) 248-1951
E-mail: info@guttmacher.org

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

UNFPA
220 East 42nd Street
New York, NY 10017
Estados Unidos de América
Tel: (212) 297-5000
Fax: (212) 557-6416
www.unfpa.org

