

Reducción de las necesidades no satisfechas a través del apoyo a mujeres con necesidades satisfechas

Por Anrudh K. Jain,
Francis Obare,
Saumya RamaRao
y Ian Askew

Anrudh K. Jain es un distinguido académico y Saumya RamaRao es asociada sénior, ambos en el Population Council, Nueva York. Francis Obare es asociado y Ian Askew es codirector de STEP UP y director de Servicios de Salud Reproductiva e Investigación, ambos en el Population Council, Nairobi, Kenia.

CONTEXTO: La Reunión Cumbre de Londres 2012 sobre planificación familiar estableció la meta de proveer anticonceptivos modernos a 120 millones de mujeres con necesidades no satisfechas de anticoncepción para el año 2020. La reducción de la alta tasa de discontinuación de anticonceptivos mediante la facilitación de cambio de método jugará un rol crítico en el logro de esa meta.

MÉTODOS: Se utilizaron datos recopilados de las Encuestas Demográficas y de Salud de mujeres casadas en 34 países, las cuales fueron conducidas entre 2005 y 2010, para estimar la contribución potencial de la discontinuación del uso de anticonceptivos a las actuales y futuras necesidades no satisfechas de anticoncepción. Se creó un indicador de relevancia de la discontinuación calculando la proporción de usuarias previas con necesidades no satisfechas de métodos modernos entre las usuarias que alguna vez usaron esos métodos. La aplicación de análisis de regresión identificó asociaciones entre este indicador y el acceso a una mezcla de métodos.

RESULTADOS: La proporción de mujeres que habían discontinuado el uso de un método y posteriormente tuvieron necesidades no satisfechas en el momento de la encuesta, equivale al 38% del total estimado de necesidades no satisfechas. Estas usuarias subsiguientes representaron el 19% de las mujeres que alguna vez habían usado métodos modernos. Tanto el acceso a los métodos como la composición de métodos disponibles se asociaron con una reducción en la relevancia de la tasa de discontinuación. El nivel de discontinuación en África subsahariana fue significativamente más alto que en otras regiones; en parte, debido a diferencias en la disponibilidad del método.

CONCLUSIONES: Una alta tasa de discontinuación ha contribuido en el pasado a decenas de millones de casos de necesidades no satisfechas y la discontinuación en usuarias actuales contribuirá a todavía más casos en el futuro. Permitir que las antiguas usuarias con necesidades no satisfechas reanuden el uso del método y alentar a las usuarias actuales a continuar con el uso del mismo o de otro método, podría ser una estrategia efectiva para reducir las necesidades no satisfechas en el futuro.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2014, pp. 24–33, doi: 10.1363/SP02414

En julio de 2012, la Reunión Cumbre de Londres sobre planificación familiar revitalizó el compromiso global con la planificación familiar; generó ofrecimientos por más de \$2.6 mil millones de dólares en nuevos recursos y estableció la meta de proveer anticonceptivos modernos a 120 millones de mujeres con necesidades no satisfechas de anticoncepción en 69 de los países más pobres para el año 2020. La cumbre dio lugar a varias preguntas: ¿Cuáles mujeres y niñas tienen necesidades no satisfechas de anticonceptivos modernos? ¿Es posible eliminar esas necesidades no satisfechas solamente al aumentar su acceso a los anticonceptivos? ¿De quiénes son las necesidades no satisfechas más apremiantes y cuáles estrategias deben tener prioridad? Al dar respuesta a estas preguntas, es importante recordar que la necesidad no satisfecha es un concepto teórico que ha sido utilizado principalmente con propósitos de incidencia política, así como para estimar la demanda potencial de anticoncepción. Los programas de planificación familiar no han llevado el concepto de necesidad no satisfecha a un nivel operativo para identificar,

primero, a las mujeres con necesidades no satisfechas y, en consecuencia, proveerles los servicios anticonceptivos.

Para reducir las necesidades no satisfechas, proponemos una estrategia dirigida a facultar a las mujeres y niñas con necesidades satisfechas para que hagan realidad sus intenciones reproductivas mediante el uso continuo de su método actual o de otro método moderno. Esta estrategia puede parecer contraria a la intuición, pero nosotros tenemos la convicción de que es esencial aplicarla, tanto debido a que reducirá la necesidad no satisfecha de anticoncepción, como porque permitirá que las mujeres determinen la forma en la que pueden lograr el número deseado de hijos y el momento de tenerlos; y, por lo mismo reducirá los embarazos no planeados.

Los cambios en el estado de las necesidades no satisfechas a través del tiempo pueden estudiarse mejor a través de encuestas de panel en las que las mismas mujeres son entrevistadas más de una vez. Estudios de panel realizados anteriormente han demostrado que, aunque el nivel general de las necesidades no satisfechas permanece bas-

tante estable a través del tiempo, una importante proporción de mujeres experimenta cambios en su situación.¹⁻⁴ Por ejemplo, un estudio de panel en Paquistán encontró que el 67% de las mujeres permanecieron en la misma categoría de necesidades entre 2008-2009 y 2011-2012: Once por ciento tenían necesidad no satisfecha, 16% tenían necesidad satisfecha y 40% no tenían necesidad de anticoncepción.⁴ Las mujeres de la tercera parte restante experimentaron un cambio en su estado de necesidad de anticonceptivos entre las dos encuestas: Siete por ciento pasó de necesidad no satisfecha a satisfecha; 4% pasó de necesidad satisfecha a no satisfecha; y el resto se movió hacia dentro o hacia fuera del grupo que no tenían necesidad de anticonceptivos. Las mujeres que cambiaron de necesidad satisfecha a no satisfecha, constituyeron el 4% del total de mujeres, pero también representan el 17% de aquellas que reportaron tener necesidades satisfechas en el período de 2008 a 2009 y cuya situación cambió debido a que discontinuaron el uso de anticonceptivos entre las encuestas. Por consiguiente, es importante considerar la adaptación de los servicios para que respondan a las cambiantes necesidades y preferencias de las mujeres. Cabe destacar que la medida estática de necesidades no satisfechas no capta los cambios aquí descritos.

Un análisis de simulación realizado en 1989 ilustró la importancia de una alta discontinuación de métodos anticonceptivos en la prevalencia del uso de anticonceptivos.⁵ Desde entonces, muchos estudios conducidos en los países en desarrollo y que utilizan datos captados con el método de calendario en las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) han documentado tasas de discontinuación específicas por método y atraído la atención hacia las altas tasas asociadas a los métodos tradicionales y con los métodos modernos reversibles de corta duración, comparadas con las de los métodos reversibles de larga duración.⁶⁻⁹ Sin embargo, la contribución de la discontinuación del uso de anticonceptivos al nivel de las necesidades no satisfechas actuales y futuras no ha sido estudiada adecuadamente.

Entre las repercusiones de la Reunión Cumbre de Londres, hay planes en curso como parte de la iniciativa PF2020 para llegar, durante los próximos siete años, a 120 millones de mujeres que tienen necesidades no satisfechas. Si bien los esfuerzos de incidencia política que apoyan la iniciativa FP2020 buscan atender a mujeres con necesidades no satisfechas de anticoncepción, como lo ilustra el estudio de Paquistán,⁴ es importante tomar en cuenta que las necesidades anticonceptivas de las mujeres cambian con el tiempo. Por ejemplo, proporciones significativas de mujeres que en la actualidad usan un método, pueden discontinuar su uso en el futuro próximo y muchas de ellas pueden volver a tener una necesidad no satisfecha, con lo que aumentarán el reto de lograr la meta establecida para FP2020.

Además de las usuarias actuales que pueden contribuir a aumentar la necesidad no satisfecha en el futuro, las mujeres que discontinuaron el uso de anticonceptivos antes de ser encuestadas pueden contribuir a elevar los niveles actuales de necesidad no satisfecha, porque muchas de

ellas pueden reportar que tienen una necesidad no satisfecha en el momento de la encuesta. Por esta razón, separamos a las mujeres con necesidad no satisfecha en dos grupos: aquellas que nunca habían usado algún método (nunca-usuarias); y aquellas que empezaron a usar un método pero discontinuaron su uso antes de la encuesta (usuarias previas). Las estrategias que se enfocan al apoyo de las mujeres que han usado anticonceptivos en el pasado o que los están usando en la actualidad, necesariamente serán diferentes de las estrategias que permiten a las mujeres que no son usuarias iniciar el uso de algún anticonceptivo por primera vez. Si bien la necesidad no satisfecha puede reducirse enfocando esfuerzos hacia ambos grupos de mujeres, una estrategia dirigida a las mujeres que ya han usado un método o que están usando uno actualmente es probable que sea más costo-efectiva debido al tamaño de este grupo y porque estas mujeres ya han superado las barreras actitudinales, culturales y de acceso y costo relacionados con los servicios, que frecuentemente inhiben el inicio de uso de métodos.

Demostramos en este estudio que la necesidad no satisfecha puede reducirse sustancialmente incluso en África subsahariana, posibilitando que las mujeres que tienen su necesidad satisfecha logren realizar sus intenciones reproductivas mediante el uso sostenido de la anticoncepción. Esto puede lograrse si se mejora la calidad de atención, incluyendo la naturaleza y el contenido de las interacciones cliente-proveedor de servicios, así como la disponibilidad de diferentes tipos de métodos.

MÉTODOS

Las mujeres con necesidad no satisfecha de anticoncepción afirman que no quieren tener más hijos, o que desean retrasar el nacimiento de su siguiente hijo, pero que no están usando ningún método. Para determinar la magnitud de la necesidad no satisfecha utilizamos datos de la EDS sobre mujeres casadas de 34 países en desarrollo, con base en encuestas conducidas entre 2005 y 2010. En el caso de países con más de una encuesta en ese período, utilizamos la más reciente.

Indicadores de necesidad satisfecha y no satisfecha

Utilizamos la definición revisada de necesidad no satisfecha^{10,11} para primero separar a las mujeres en tres grupos según su necesidad actual de un método moderno:* aquellas con necesidad satisfecha (que usan actualmente un método moderno), aquellas con necesidad no satisfecha (desean espaciar o limitar su maternidad pero no usan un método moderno) y aquellas sin necesidad actual de un método moderno (desean tener su próximo hijo dentro de los próximos dos años, o son infecundas o menopáusicas). Para ser consistentes con la iniciativa PF2020, las mujeres que estaban usando un método tradicional en el momento de la entrevista se clasificaron dentro del grupo con nece-

*En el momento de la entrevista, las mujeres que estaban embarazadas o con amenorrea postparto por menos de 24 meses, fueron clasificadas según el estado planeado en su último embarazo o parto.

sidades no satisfechas de un método moderno. El grupo con necesidades no satisfechas se compone por quienes nunca han usado un método moderno (nunca-usuarias) y quienes habían discontinuado su uso previo a la encuesta (usuarias previas).

Segundo, estimamos el número del total de usuarias previas de anticonceptivos. Para determinar si podíamos clasificar a las mujeres en el grupo de las que habían usado un método moderno en el pasado pero que habían discontinuado su uso antes de la encuesta, analizamos sus respuestas relacionadas con el uso de métodos modernos a lo largo de su vida (alguna vez usuarias) y en el momento de la encuesta (usuarias actuales). La diferencia entre el número de alguna vez usuarias y las usuarias actuales nos proporcionó una estimación del número del total de usuarias previas. Esta cifra puede sobrestimar el grado de uso previo dentro de un matrimonio o unión, ya que el grupo de quienes fueron alguna vez usuarias incluye a mujeres que usaron anticonceptivos antes de casarse o de vivir en unión, pero que no los han usado desde entonces.

Tercero, para estimar el número de usuarias previas que tenían una necesidad no satisfecha de anticonceptivos modernos en el momento de la encuesta, restamos el número de usuarias previas sin necesidad actual de un método moderno, del total de las usuarias previas.* Finalmente, para estimar el número de nunca-usuarias con necesidad no satisfecha, restamos el número de usuarias previas con necesidad no satisfecha del número total de mujeres con una necesidad actual no satisfecha.

Variables de resultado

Usamos tres variables de resultado en este análisis: uso actual de un método anticonceptivo moderno, mezcla de métodos y discontinuación del uso de anticonceptivos que resultaron en una necesidad no satisfecha. Se creó una medida de la asimetría estadística de la mezcla de métodos en usuarias actuales mediante el cálculo de la razón de mujeres que usan actualmente métodos de larga duración o métodos permanentes (DIU, implante, o esterilización masculina o femenina) con respecto a quienes usan cualquier método moderno.

Estudios previos habían encontrado un grado considerable de cambio entre métodos.^{6,9} Sin embargo, el número estimado de usuarias previas con necesidad no satisfecha descrito anteriormente, representa el efecto acumulativo pero neto de todas las discontinuidades de anticonceptivos observado antes de la encuesta. Por ejemplo, a las mujeres que habían discontinuado un método pero que enseguida iniciaron el uso del mismo método o cambiaron a otro método moderno y que todavía lo estaban usando en el momento de la encuesta, se les considera usuarias actuales. Además, las mujeres que discontinuaron el uso de un

método pero que no tienen una necesidad actual de anticoncepción, incluidas aquellas que desean embarazarse, se incluyen en el grupo de mujeres que no tienen necesidad de anticoncepción (y por lo tanto se les excluye del grupo de usuarias previas con necesidad no satisfecha). Por consiguiente, mientras que la magnitud del total de usuarias previas en una encuesta transversal refleja el efecto acumulativo de la discontinuación del uso del anticonceptivo observado antes de la encuesta, el grupo de usuarias previas con necesidad no satisfecha refleja el efecto neto de la discontinuación del uso de anticonceptivos en la estimación actual de la necesidad no satisfecha. La contribución neta de las usuarias previas a la necesidad no satisfecha actual se mide mediante la creación de un índice—el porcentaje de usuarias previas con necesidad no satisfecha respecto del total de mujeres con necesidad no satisfecha.

Este índice, sin embargo, no es útil para responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la contribución proyectada de las usuarias actuales de métodos modernos a la necesidad no satisfecha futura si estas usuarias experimentan las actuales altas tasas de discontinuación de anticonceptivos? Aunque las tasas de discontinuación específicas por método están disponibles para varios países, no están disponibles para todos. Además, si bien los datos del calendario de la EDS sobre la discontinuación específica de un método precisan la razón de la discontinuación, no distinguen entre las mujeres que continúan teniendo una necesidad no satisfecha en el momento de la entrevista y aquellas que no la tienen. Para resolver esta limitación, utilizamos un enfoque indirecto para estimar la proyección de la contribución neta de la discontinuación del uso de anticonceptivos a la necesidad no satisfecha futura, mediante la creación de un segundo índice—la tasa de discontinuación relevante—que se estimó como la razón de usuarias previas con necesidad no satisfecha respecto a las alguna vez usuarias de métodos modernos (es decir, las usuarias actuales más todas las usuarias previas). Utilizamos las que fueron alguna vez usuarias en el denominador, debido a que la encuesta transversal no proporciona información sobre todas las usuarias que contribuyeron al grupo de usuarias previas. También, estimamos las tasas promedio de discontinuación para los países mediante la aplicación de las tasas medianas de discontinuación específicas por método, con base en 19 países,⁹ a la mezcla de métodos de las usuarias actuales en cada país. El coeficiente de correlación entre la tasa promedio estimada de discontinuación y el índice de la tasa de discontinuación relevante, fue estadísticamente significativo ($r=0.51$; $p<.05$).

Variables explicativas

Consideramos cuatro variables para explicar las variaciones a nivel de cada país en el índice de discontinuación relevante: el número de métodos disponibles, el tipo o composición de los métodos disponibles, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del país y su región. Los datos sobre la disponibilidad de métodos modernos se tomaron de la Encuesta sobre el Esfuerzo del Programa

*Debido a un cambio en el cuestionario, la última EDS para unos cuantos países no incluyó información para identificar a usuarias previas de métodos modernos. Para estos países, utilizamos la encuesta más reciente que había captado la información requerida (ver la Tabla 2 para consultar los países y año de la encuesta incluidos en este análisis).

de Planificación Familiar (EPF) conducida por *The Futures Group*.¹² Esta encuesta periódica obtiene información sobre los programas de planificación familiar en los países en desarrollo, a través de entrevistas a personas conocedoras del tema.¹³ La encuesta de 2009 recopiló datos sobre la disponibilidad de la píldora, DIU, condones, inyectables y esterilización masculina y femenina—esto es, la proporción estimada de mujeres en edad reproductiva que tienen “rápido y fácil acceso” a estos seis métodos. El puntaje de disponibilidad para cada método varió de 0 (no hay disponibilidad) a 100 (disponibilidad total).

Estos puntajes de disponibilidad se usaron posteriormente para crear dos indicadores—acceso a y composición de los métodos modernos disponibles. Juntos, estos indicadores reflejan la selección de métodos disponibles para las mujeres en un país.* El índice de acceso se creó con la suma de los puntajes de los seis métodos dividida por 100. Este índice, que refleja el número equivalente de métodos totalmente disponibles en un país, puede variar de 0 a 6, en donde el puntaje más alto indica que los seis métodos están disponibles para todas las parejas. Este índice difiere del número de métodos disponible, porque un puntaje de 1, que indica total disponibilidad de un método, puede obtenerse mediante muchas combinaciones—por ejemplo, si un método está disponible para todas las mujeres si cada uno de dos métodos está disponible para 50% de las mujeres o si cada uno de cinco métodos está disponible para el 20% de las mujeres. El índice de composición se estimó mediante la expresión de la suma de los puntajes de disponibilidad de los métodos de larga duración o permanentes (el DIU y la esterilización masculina y femenina) como porcentaje del total de puntajes de disponibilidad para todos los métodos. Este índice puede variar de 0 a 100 y proporciona una medida de la disponibilidad relativa de los métodos de larga duración y permanentes. Un puntaje de 0 indica que tales métodos no están disponibles en un país, mientras que un puntaje de 100 indica que solamente los métodos de larga duración o permanentes están disponibles.

Los datos sobre el IDH para cada país se obtuvieron de las Naciones Unidas.¹⁴ Este índice compuesto varía de 0 a 1 y mide el logro promedio de un país en tres dimensiones básicas del desarrollo humano—longevidad, educación y estándar de vida. El índice se estima a partir de cuatro indicadores individuales: esperanza de vida al nacer promedio de años de escolaridad para individuos de 25 años o mayores número de años de escolaridad que se espera tendrá un niño en edad de iniciar la escuela y el ingreso nacional bruto per cápita.

Una variable ficticia por región de residencia, a manera de indicador proxy para identificar diferencias regionales, se creó al codificar los países en África subsahariana como 1 y los otros como 0. Utilizamos datos de la EPF y del IDH

TABLA 1. Indicadores ponderados del uso y de la demanda no satisfecha de anticonceptivos modernos en mujeres casadas en edades de 15–49, por región, Encuestas Demográficas y de Salud, 2005–2010

Indicador	África subsahariana	Otro	Total
Núm.de países	20	14	34
Núm.de mujeres casadas	144,726	225,232	369,958
% con necesidad satisfecha	17.6	47.0	35.5
% con necesidad no satisfecha	30.5	24.8	27.0
% sin necesidad	52.0	28.1	37.4
Desean otro hijo en ≤2 años	37.3	16.6	24.7
Infecundas/menopáusicas	14.7	11.5	12.7
% usuarias previas de métodos modernos	18.3	18.9	18.7
Con necesidad no satisfecha	9.8	10.6	10.3
Sin necesidad no satisfecha	8.5	8.4	8.4
% nunca-usuarias con necesidad no satisfecha	20.7	14.3	16.8
Usuarias previas con necesidad no satisfecha como % de mujeres con necesidad no satisfecha	32.2	42.6	38.0
Nunca-usuarias con necesidad no satisfecha como % de mujeres con necesidad no satisfecha	67.8	57.4	62.0
Usuarias previas con necesidad no satisfecha como % de mujeres que fueron alguna vez usuarias	27.3	16.0	18.9

Notas: Los números ponderados de mujeres en un país incluidos en el denominador (todas las mujeres encuestadas, número con necesidad no satisfecha o número de mujeres que fueron alguna vez usuarias) de un indicador, se utilizaron como pesos. Los porcentajes pueden no sumar 100.0 debido al redondeo.

de 2009 debido a que los datos de la EDS más recientes utilizados en este análisis fueron para 2010.

Análisis

Analizamos los datos de la EDS para cada país a través del uso de pesos muestrales. Estimamos porcentajes y promedios de los diferentes indicadores; los promedios para las regiones se estimaron usando el número ponderado de mujeres en cada país. Aplicamos varios modelos de análisis de regresión simple y múltiple para identificar las asociaciones entre las variables explicativas o independientes de acceso al método, composición del método, región e IDH con las variables de resultado o dependientes de prevalencia del uso de anticonceptivos, mezcla de métodos y la contribución proyectada de la discontinuación de anticonceptivos a la necesidad no satisfecha en el futuro. No utilizamos el porcentaje de usuarias previas entre mujeres con necesidad actual no satisfecha como variable dependiente en el análisis de regresión, porque varios factores que contribuyen a la variación en este índice son los mismos que los que contribuyen a las diferencias en la prevalencia del uso de anticonceptivos. Este índice aumenta con una prevalencia del uso de anticonceptivos creciente ($r=0.86$; $p<.001$) porque la necesidad no satisfecha se incluye en el denominador y la necesidad no satisfecha disminuye con el aumento de la prevalencia del uso de anticonceptivos ($r=-0.57$; $p<.001$).

RESULTADOS

Hallazgos descriptivos

En promedio, el 36% de las mujeres en los 34 países estaban usando un método moderno en el momento de la encuesta (usuarias actuales), 27% tenían una necesidad no satisfecha de un método moderno y el restante 37% no tenían necesidad de anticoncepción (Tabla 1). Diecinueve

*Estas encuestas no captaron datos sobre la disponibilidad de implantes y los datos sobre la disponibilidad de aborto seguro fueron excluidos en la creación de medidas de acceso a los métodos y su composición. Esto, debido a que el aborto no es un método anticonceptivo y a que era improbable que estuviera relacionado con el uso actual o pasado de métodos modernos.

por ciento de las mujeres habían usado un método moderno anteriormente, pero no estaban usando algún método en el momento de la entrevista (usuarias previas): Diez por ciento tenía una necesidad no satisfecha en la entrevista y 8% no la tenía. El grupo general con necesidades no satisfechas actualmente (27%) se formó con usuarias previas (10%) y nunca-usuarias (17%). De esta forma, 38% de las mujeres que actualmente están clasificadas con una necesidad no satisfecha habían usado un método moderno en el pasado. La tasa de discontinuación relevante (usuarias previas con necesidad no satisfecha como porcentaje de las mujeres que han sido alguna vez usuarias) se estimó en 19% para todos los países combinados.

Encontramos importantes diferencias regionales. Por ejemplo, el uso actual de métodos modernos en los 20 países de África subsahariana fue más bajo que en los 14

países de otras regiones (18% vs. 47%) y la necesidad no satisfecha fue más alta (31% vs. 25%). La proporción de las usuarias previas con necesidades no satisfechas en las dos regiones fue aproximadamente la misma (10–11%). Sin embargo, la proporción de usuarias previas entre las mujeres con necesidades no satisfechas en África subsahariana fue más baja que en otras regiones (32% vs. 43%). En cambio, la proporción de las nunca-usuarias entre las mujeres con necesidades no satisfechas en África subsahariana fue más alta que en otras regiones (68% vs. 57%); y la tasa de discontinuación relevante en África subsahariana también fue más alta (27% vs. 16%).

Las variaciones entre los países fueron aún más pronunciadas. Por ejemplo, las usuarias previas representaron al menos el 50% de la necesidad no satisfecha en 16 de los 34 países (Tabla 2). En otros siete países, las usuarias

TABLA 2. Indicadores selectos entre mujeres casadas de uso actual y previo de métodos modernos y de necesidad no satisfecha por país

País	Encuesta	% de mujeres casadas			Usuarias previas con necesidad no satisfecha como % de mujeres con necesidad no satisfecha	Usuarias previas con necesidad no satisfecha como % de mujeres que fueron alguna vez usuarias
		Usan un método actualmente	Usaron método en el pasado pero no lo usan ahora	Tienen necesidad no satisfecha		
África subsahariana						
Suazilandia	2006–2007	49.3	39.8	26.4	85.4	25.3
Zimbabue†	2005–2006	58.6	26.7	17.2	74.8	15.1
Malawi	2010	42.3	32.1	29.9	64.3	25.8
Zambia	2007	32.8	35.1	34.8	61.3	31.4
Kenia	2008–2009	39.1	28.5	31.4	54.9	25.5
Rep. del Congo	2005	11.1	46.1	49.7	52.3	45.4
Ghana	2008	15.8	31.8	40.0	45.0	37.8
Madagascar	2008–2009	29.9	20.6	27.9	38.8	21.4
Tanzania†	2004–2005	19.6	21.3	30.7	34.4	25.8
Uganda†	2006	17.7	22.9	43.9	32.6	35.3
Liberia	2007	9.6	17.2	35.7	27.6	36.8
Nigeria	2008	9.6	13.8	25.1	26.2	28.1
Senegal†	2005	9.5	15.6	33.2	24.8	32.8
Benin	2006	6.2	15.6	37.6	22.4	38.6
Sierra Leona	2008	6.7	11.9	29.2	22.2	34.9
Mali	2006	6.2	12.3	27.0	18.6	26.7
Guinea	2005	4.7	10.7	24.6	17.5	28.2
Rep. democrática del Congo	2007	5.1	12.3	40.4	16.4	38.4
Etiopía†	2005	13.7	9.3	37.0	13.7	22.0
Niger	2006	5.0	6.7	22.5	11.2	21.5
Otros						
Rep. Dominicana	2007	72.8	18.6	10.9	81.8	9.7
Bangladesh	2007	47.5	31.9	25.1	73.7	23.3
Indonesia	2007	57.4	24.3	17.2	72.9	4.8
Jordania	2009	42.0	32.8	30.6	71.4	29.2
Egipto	2008	57.8	21.7	14.3	71.0	12.8
Perú	2007–2008	48.1	34.2	34.8	66.1	27.9
Honduras	2005–2006	57.1	23.2	25.5	59.8	19.0
Filipinas	2008	35.9	28.7	38.4	54.9	32.6
Haití	2005–2006	24.4	31.2	42.9	51.8	40.0
Nepal†	2006	44.3	20.8	28.5	50.0	21.9
Camboyat	2005	27.1	25.7	38.1	45.6	32.9
Bolivia	2008	33.2	28.0	46.7	43.2	33.0
Pakistán	2006–2007	21.8	17.1	33.1	34.7	29.5
India	2005–2006	48.6	9.0	21.7	27.0	10.2

†La última EDS no incluyó información con la cual se pudiera estimar las usuarias previas de métodos modernos. Notas: Para cada región, los países están presentados en orden decreciente de usuarias previas con necesidad no satisfecha, expresadas como porcentaje del total de mujeres con necesidad no satisfecha. Todos los porcentajes se basan en análisis conducidos con base en archivos de recodificación estándar de encuestas EDS; 31 de estos 34 países están entre los 69 países más pobres para la meta de la Reunión Cumbre de Londres de 120 millones de mujeres. Las cifras pueden ser ligeramente diferentes de las incluidas en la referencia 11.

previas representaron entre 33 y 46% de la necesidad no satisfecha y en seis países, entre 22 y 28%. De hecho, esta proporción fue menor de 20% en solamente cinco países. La tasa de discontinuación relevante (es decir usuarias previas con necesidades no satisfechas como porcentaje de las que fueron alguna vez usuarias) también varió considerablemente, de 5% en Indonesia a 45% en la República del Congo.

Acceso y uso de anticonceptivos

Tanto el acceso a los anticonceptivos como la composición de los métodos disponibles variaron por país y región. El acceso a métodos disponibles varió de 1.6 en las Filipinas a 3.9 en Nepal (no se muestra). Los puntajes de composición indican que los métodos de larga duración y los métodos permanentes estuvieron menos disponibles en Haití y más disponibles en India (12 vs. 54). El acceso a los métodos y la composición de los que estaban disponibles estuvieron correlacionados positivamente ($r=0.55$; $p<.001$). Las mujeres en África subsahariana tuvieron un menor acceso que las mujeres en otras regiones, en relación tanto con el acceso como con los métodos disponibles (2.7 vs. 3.1) y una relativa disponibilidad de métodos de larga duración y métodos permanentes (27 vs. 36). Sin embargo, la diferencia entre regiones en cuanto al acceso a los métodos disponibles no fue significativa ($r=-0.35$; $p<.10$), mientras que la diferencia en disponibilidad relativa de métodos de larga duración y permanentes sí fue significativa ($r=-0.52$; $p<.01$).

La relación entre el número de métodos disponibles en un país y el uso de anticonceptivos está bien establecida,^{5,15,16} y también fue confirmada en nuestro análisis. La Tabla 3 presenta algunas asociaciones del acceso a los métodos disponibles y su composición, con el uso de anticonceptivos y la mezcla de métodos. La prevalencia del uso de anticonceptivos aumentó tanto con el acceso a los métodos y la composición de métodos disponibles en un país, como lo muestran la correlación positiva (0.6 para cada uno) y los coeficientes de regresión (12.1 y 0.8, respectivamente). Aunque no se observó asociación entre el acceso y la mezcla de métodos, un aumento en la disponibilidad relativa de los métodos de larga duración y los permanentes se asoció con una mezcla de métodos caracterizada por una mayor proporción de esos métodos, como lo muestra su correlación positiva (0.7) y el coeficiente de regresión (1.8) correspondiente.

Un análisis adicional de estos datos mostró que un nivel de uso de anticonceptivos más alto estuvo relacionado con el creciente uso de múltiples métodos (Figura 1). Se estimó que el uso de anticonceptivos fluctuaba entre 7% y 34% cuando solamente se consideraban los métodos de corta duración. Se estimó también que la disponibilidad y uso de los métodos de larga duración reversibles contribuían de 0.4 a 11 puntos porcentuales adicionales a la prevalencia del uso de anticonceptivos y la disponibilidad y uso de los métodos permanentes, otros 0.3 a 15 puntos porcentuales.

TABLA 3. Coeficientes de correlación y regresión de análisis de regresión múltiple realizados para identificar asociaciones entre medidas de uso de métodos modernos por parte de las mujeres y medidas de acceso a métodos modernos en 34 países

Variable	Uso de métodos modernos		Mezcla de métodos	
	Correlación	Regresión	Correlación	Regresión
Acceso a núm. de métodos	0.57**	12.12*	0.30†	-3.45
Composición (acceso relativo a métodos de larga duración/permanentes)	0.57**	0.81*	0.66***	1.78***
Constante		-30.5		-20.2
R ²		0.418		0.442

* $p<.05$. ** $p<.01$. *** $p<.001$. † $p<.10$. Notas: Mezcla de métodos=uso de métodos de larga duración y permanentes como porcentaje del total de uso de métodos modernos. Los coeficientes de regresión representan la magnitud del cambio neto en la variable de resultado que se espera con un cambio de una unidad en la variable explicativa, después de controlar para la otra variable incluida en el análisis.

Discontinuación y acceso a los anticonceptivos

No se encontró asociación entre el IDH, el cual refleja las condiciones socioeconómicas de los países y las tasas promedio de discontinuación relevante (Tabla 4, pág. 30). En contraste, el acceso a los métodos, la composición de los métodos y la región se asociaron con la discontinuación de los anticonceptivos. Expandir el acceso al añadir un método o su equivalente, se asoció con una disminución de ocho puntos porcentuales en la discontinuación de los anticonceptivos (modelo 1). Un aumento de 10 puntos en el puntaje de composición se asoció con una disminución de seis puntos porcentuales en la discontinuación (modelo 2). Obviamente, es improbable que el solo hacer que los métodos estén disponibles reduzca la discontinuación relevante de anticonceptivos, a menos que sean usados. Además, el coeficiente de regresión para el acceso y discontinuación de método no permaneció estadísticamente significativo después de controlar por uso del anticonceptivo (-1.2 ; $p<0.7$ —no se muestra); el coeficiente de regre-

FIGURA 1. Mezcla de métodos anticonceptivos en 34 países, por nivel de uso de anticonceptivos

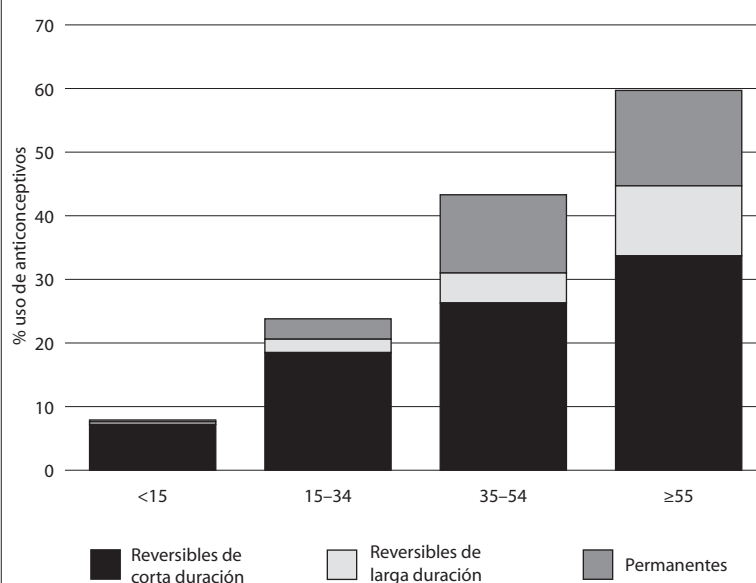


TABLA 4. Coeficientes de correlación y regresión de análisis de regresión simple y múltiple realizados para identificar asociaciones entre la discontinuación del uso de anticonceptivos resultante en una necesidad no satisfecha y el acceso a y composición de los métodos modernos, región e Índice de Desarrollo Humano (IDH) en 34 países

Variable	Coeficiente de correlación	Coeficiente de regresión							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Acceso a núm. de métodos	-0.54**	-8.32**	na	na	-7.38*	na	-5.62*	-5.58*	-6.02*
Composición (acceso relativo a métodos de larga duración /permanentes)	-0.52**	na	-0.56**	na	na	-0.50*	-0.34†	-0.29	-0.33
África subsahariana	0.35**	na	na	6.51*	3.75	1.93	na	1.75	2.83
IDH 2009	-0.15	na	na	na	na	na	na	na	11.25
Constante		51.2	44.6	23.3	46.3	41.7	54.1	51.4	47.5
R ²		0.295	0.272	0.120	0.331	0.280	0.366	0.373	0.398

*p<.05. **p<.01. †p=.07. *Notas:* Los coeficientes de regresión en un análisis de regresión simple representan la magnitud del cambio observado en la variable de resultado que se espera con un cambio de una unidad en la variable explicativa. Los coeficientes de regresión en un análisis de regresión múltiple representan la magnitud del cambio neto en la variable de resultado que se espera con un cambio de una unidad en la variable explicativa, después de controlar para las otras variables incluidas en el análisis; na = no aplica.

sión para la composición y discontinuación del método, si bien se mantuvo significativo, disminuyó de 0.56 a -0.63 después de controlar por mezcla de método. Por consiguiente, los efectos del acceso a los métodos disponibles y su composición sobre las discontinuaciones relevantes se transmiten a través del uso de estos métodos.

Los coeficientes de regresión tanto de acceso como de composición se redujeron después de controlar por diferencias regionales, pero permanecieron significativos (modelos 4 y 5). Sin embargo el efecto neto del acceso pero no el de la composición se mantuvo significativo cuando tanto el acceso como la composición fueron controlados (modelos 6 a 8).

El nivel de discontinuación del uso de anticonceptivos relevante para la necesidad no satisfecha en África subsahariana fue significativamente más alta que en otras regiones, como lo indica el coeficiente de regresión de 6.5 (modelo 3). Sin embargo, cuando los modelos se ajustaron por acceso a los métodos disponibles o por su composición (modelos 4 y 5, respectivamente), o ambos (modelo 7), esta diferencia dejó de ser significativa. Por lo tanto, parece que la discontinuación observada en África subsahariana, que fue más alta que en las otras regiones, puede atribuirse en parte a las diferencias en el número y composición de los métodos disponibles.

ANÁLISIS

Una alta discontinuación de anticonceptivos entre usuarias actuales, así como una alta discontinuación en el pasado que contribuyó a la actual necesidad no satisfecha, se sumarán a la necesidad no satisfecha en el futuro. Este análisis a través de diversos países estimó que las usuarias previas con necesidades no satisfechas de métodos modernos representaron el 38% del total de mujeres con actuales necesidades no satisfechas (32% en África subsahariana y 43% en otras regiones). Esto implica que la meta de PF2020 de proveer métodos modernos a 120 millones de mujeres con necesidades no satisfechas incluye alrededor de 45 millones (0.38×120 millones) de personas que iniciaron el uso de anticonceptivos pero que dejaron de usarlos

antes de ser entrevistadas. Hipotéticamente, la necesidad no satisfecha en general podría haber sido menor en 10 puntos porcentuales (17% en lugar de 27%) y el uso de métodos modernos pudo haber sido más alto en 10 puntos porcentuales (46% en lugar de 36%), si todas las usuarias previas con necesidad no satisfecha en la actualidad (que representan el 10% del total de mujeres) hubieran continuado el uso de anticonceptivos, o hubieran reanudado su uso después de haber discontinuado su método.

Ciertamente, sin una reducción en la tasa de discontinuación de anticonceptivos, la tarea de añadir 120 millones de usuarias adicionales al número estimado actual de 258 millones de usuarias, será aún más desafiante. Este estudio estimó que las usuarias previas con necesidades no satisfechas representan el 19% de las que han sido alguna vez usuarias, lo cual proporciona una estimación indirecta de la contribución potencial a la necesidad no satisfecha en el futuro, debida a la discontinuación del uso de anticonceptivos por parte de las usuarias actuales. Si las mujeres que usan anticonceptivos actualmente experimentaran este nivel de discontinuación, 258 millones de usuarias actuales podrían contribuir hasta con 49 millones (0.19×258 millones) de casos de necesidad no satisfecha en el futuro si discontinúan el uso de planificación familiar en los años venideros, a pesar de su continua necesidad de anticoncepción. Por lo tanto, una alta discontinuación del uso de anticonceptivos en el pasado y presente, podrían contribuir hasta con 94 millones (45 millones + 49 millones) de futuros casos de necesidad no satisfecha. Debe aclararse que estos números excluyen a las mujeres que cambian de método o que dejan de tener necesidad de un método moderno después de discontinuar su uso. Enfocar esfuerzos para alentar a las usuarias previas con necesidades no satisfechas para que reanuden el uso y apoyar a las usuarias actuales para que continúen usando el mismo método o para que cambien a uno diferente, parece ser esencial para reducir la necesidad no satisfecha en el futuro.

¿Qué hay de las mujeres que nunca han usado anticonceptivos pero que en la actualidad tienen una necesidad no satisfecha? Persuadir a estas mujeres para

que comiencen a usar un método por primera vez también reduciría la necesidad no satisfecha. Sin embargo, dicho enfoque no reduciría sustancialmente la necesidad no satisfecha en el futuro sin una reducción concomitante en la alta tasa de discontinuación del uso de anticonceptivos^{6,7,9} que, según nuestras proyecciones, ocurriría en ese grupo una vez que inicien el uso de métodos.

Nuestros hallazgos sugieren que una forma de reducir la discontinuación es expandir las opciones anticonceptivas a través de un mayor acceso a múltiples métodos. De hecho, se demostró que la disponibilidad completa de un método o su equivalente está asociada con una reducción de ocho puntos porcentuales en el nivel de discontinuación que resulta en necesidad no satisfecha. Por ejemplo, la disponibilidad de métodos reversibles de corta duración (la píldora, el inyectable y los condones) ayudaría a satisfacer las necesidades insatisfechas de mujeres que deseen espaciar a sus hijos; la disponibilidad de métodos reversibles de larga duración (el DIU y el implante) ayudarían a aquellas que deseen retrasar la llegada de su próximo hijo por un período más largo y a quienes pueden querer limitar su fecundidad pero que no están preparadas para adoptar un método permanente. La disponibilidad de la esterilización ayudaría a las mujeres que tienen la seguridad de que quieren dejar de tener hijos. Además, es probable que una expansión en el número y composición de los métodos disponibles aumente el uso de anticonceptivos al atraer a nunca-usuarias, así como al facilitar intercambio entre métodos.

La introducción de los métodos de larga duración y de los métodos permanentes en países en donde no están disponibles podría reducir las tasas promedio de discontinuación a través de un cambio en la mezcla de métodos, pero solamente si estos métodos son efectivamente usados. Otro análisis a través de varios países¹⁵ ha demostrado que aunque el uso de un método específico aumente con la disponibilidad del método en un país determinado, la relación entre los dos es modesta. Por ejemplo, el uso del DIU permaneció cercano a cero en países en donde hasta un 30% de las mujeres tenía acceso al método. Además, estos resultados se basaron en análisis y experiencias obtenidas en distintos países, mientras que la introducción de un método o un grupo de métodos puede diferir de un país a otro.

La más alta discontinuación de anticonceptivos en África subsahariana refleja en parte el hecho de que los métodos, especialmente los de larga duración y los permanentes en esa región, no tienen la amplia disponibilidad que tienen en otras regiones. Sin embargo, el hecho de simplemente hacer que los métodos de larga duración y permanentes estén disponibles en África subsahariana puede no aumentar su uso, porque tanto la necesidad no satisfecha como la demanda total para limitar la fecundidad en esta región son más bajas que en cualquier otra parte.¹¹ Un mayor uso de tales métodos en esta región puede también requerir un cambio en las intenciones de las mujeres para limitar en lugar de espaciar su maternidad.

Una segunda estrategia cuya aplicación puede ser más efectiva para reducir la discontinuación del uso de anticonceptivos es mejorar la calidad de atención y las interacciones cliente-proveedor de servicios de salud. Por ejemplo, la promoción de un enfoque de la prestación de servicios orientado a la cliente ha mejorado las interacciones cliente-proveedor a través de la capacitación de los proveedores sanitarios en las Filipinas,¹⁷ a través del programa SAHR (Saludar, Analizar, Ayudar, Reconfortar; o en inglés: *Salutation, Assess, Help, Reassure*) en Pakistán ('sahr' en urdu significa amanecer, comienzo),¹⁸ y a través de la Estrategia de Consejería Balanceada¹⁹ en Guatemala, México y Perú. Además, una mejor calidad de atención recibida en el momento de iniciar el uso de anticonceptivos ha aumentado en lo sucesivo la continuación del método y reducido los embarazos no deseados.²⁰⁻²⁶ Por ejemplo, un estudio longitudinal practicado en las Filipinas²⁰ demostró que el 63% de las mujeres que recibieron información de mayor calidad en el momento de iniciar el uso de anticonceptivos continuaron usándolos, en comparación con el 53% de quienes recibieron información de menor calidad. De manera similar, el 16% de las mujeres que habían recibido atención de baja calidad tuvieron un parto no deseado, en comparación con alrededor del 8% de quienes habían recibido atención de alta calidad. Estas relaciones se mantuvieron significativas después de análisis controlados por características demográficas y socioeconómicas de las mujeres entrevistadas y de sus esposos. Otro estudio longitudinal realizado en Senegal²¹ también encontró que las mujeres que recibieron una buena calidad de atención en el momento de iniciar el uso de anticonceptivos tuvieron mayor probabilidad que otras mujeres de seguir usando un método alrededor de 18 meses después.

Si bien estos y otros estudios longitudinales han mostrado que una mejor calidad de atención recibida en el momento de iniciar el uso de anticonceptivos está asociada con una mayor continuación del uso de anticonceptivos y una menor fecundidad no deseada, los estudios experimentales—que constituyen el estándar de oro para derivar inferencias sobre causalidad—han fracasado en documentar cualquier efecto significativo de las intervenciones sobre la continuación del uso de anticonceptivos. Por ejemplo, cinco de seis ensayos de control aleatorizado incluidos en una revisión Cochrane²⁷ no encontraron efecto significativo alguno de intervenciones sobre la adherencia al uso de métodos hormonales. Aunque el sexto estudio mostró una mejora significativa en la continuación del uso de anticonceptivos, sufrió una alta tasa de pérdida de seguimiento de participantes en el estudio. Sin embargo, cinco de estos estudios se condujeron en países desarrollados y dos tuvieron muestras de menos de 100 mujeres. Una comparación de grupos experimentales y de control en el estudio de las Filipinas²⁰ tampoco encontró un efecto significativo de la intervención a nivel de proveedor en la conducta a nivel de la cliente. La falta de éxito para encontrar efectos significativos de las intervenciones en estudios experimentales algunas veces genera escepticismo en relación con el

rol de una mejor calidad de los servicios en el aumento de la continuación del uso del anticonceptivo.^{28,29} Dos de las principales razones de la falta de tales hallazgos son que, para empezar, la calidad de atención a nivel inicial en ambos grupos puede ser alta de antemano y que el mejoramiento de la calidad de atención a partir de la intervención puede ser demasiado pequeño como para producir una diferencia significativa en la conducta de la clientela.²⁰ No obstante, un estudio⁹ de la Organización Mundial de la Salud puso énfasis en la necesidad de mejorar la calidad de los servicios, en particular la consejería, como medio para reducir las altas tasas de discontinuación.

Una tercera estrategia que tiene el potencial de reducir la discontinuación del uso de anticonceptivos es el futuro mejoramiento en el diseño y eficacia de la tecnología anticonceptiva. Las características esperadas que probablemente aumentarán la continuación del uso de los anticonceptivos incluyen una mayor facilidad de uso, estar libres de efectos secundarios, privacidad, asequibilidad y, quizá, independencia de un proveedor.^{30,31} Por ejemplo, las nuevas tecnologías, como los anillos vaginales, que podrían expendirse a través de farmacias y trabajadores comunitarios, podrían ser más aceptables para las mujeres y ser usadas por un período más largo. Además, los nuevos anticonceptivos a base de progestina no son solamente más efectivos, sino que tienen menos efectos secundarios.^{31,32}

Cada una de estas tres estrategias tiene limitaciones. La primera de ellas, que consiste en expandir las opciones de métodos, se basa en evidencia obtenida de estudios realizados a través de varios países y no está apoyada por evidencia para algún país específico; esto es, con base en estudios experimentales o incluso longitudinales del grado en que el aumentar los métodos disponibles mejora la continuación del uso de anticonceptivos, reduce la necesidad no satisfecha o reduce la fecundidad no deseada. Para la segunda estrategia, enfocada en conseguir evidencia específica por país, incluidas las interacciones cliente-proveedor, que demuestre la asociación entre la calidad de atención y una mejor continuación del uso de anticonceptivos, se basa en estudios longitudinales (panel), no en experimentales. Finalmente, aprovechar una mejor tecnología anticonceptiva puede ser prometedor, pero todavía se sitúa en el futuro. Además, la evidencia específica por país no estará disponible por algún tiempo. Entonces, ¿qué puede hacerse ahora desde un punto de vista programático para mejorar la continuación del uso de anticonceptivos y reducir la necesidad no satisfecha?

Desde nuestra perspectiva, es necesario realizar esfuerzos para expandir las opciones anticonceptivas, mediante la introducción de métodos que actualmente no están disponibles y la acumulación de evidencia específica por país a partir de estudios longitudinales y experimentales. Mientras tanto, dadas las restricciones y costos de añadir nuevos métodos y dentro del contexto de métodos que ya están disponibles, parecería que la mejor estrategia es el mejoramiento de la calidad de atención y de las interacciones cliente-proveedor de servicios de salud en las institu-

ciones sanitarias o durante las visitas domiciliarias.

Cuatro grupos de mujeres tienen probabilidad de contribuir a aumentar la necesidad no satisfecha en el futuro: las usuarias previas con necesidades actuales no satisfechas; las usuarias actuales con necesidades satisfechas; las nunca-usuarias con necesidades actuales no satisfechas; y las mujeres que actualmente no tienen necesidad de usar anticonceptivos pero que pueden desarrollar esa necesidad en el futuro debido a cambios en sus preferencias o conducta relacionadas con la fecundidad. Para promover el uso de la anticoncepción, los trabajadores comunitarios y sanitarios pueden usar algoritmos o tecnología para identificar a las mujeres con necesidades actuales de anticoncepción y clasificarlas en estos grupos durante actividades de alcance comunitario o cuando las mujeres visiten las instituciones de salud para obtener suministros anticonceptivos, someterse a chequeos o para elegir un método por primera vez. Posteriormente, los trabajadores sanitarios pueden proveerles información y servicios anticonceptivos apropiados para su grupo. Este tipo de estrategia puede utilizar o llevar a nivel operativo el concepto de necesidad no satisfecha al alentar a las usuarias previas con necesidades no satisfechas para que reanuden el uso de los anticonceptivos; a exhortar a las usuarias actuales con necesidades satisfechas a que mantengan el uso de su método o que cambien a uno diferente si el original ya no es adecuado; y ayudar a las nunca-usuarias con necesidades no satisfechas para que seleccionen un método que sea apropiado a sus circunstancias.

Conclusiones

Si bien muchos estudios realizados con anterioridad^{2,5-7,9} han reconocido la importancia de reducir la alta discontinuación de anticonceptivos, el presente estudio es el primero en estimar empíricamente su contribución potencial a la necesidad no satisfecha actual y futura de anticoncepción. Mientras que no es probable que la expansión de las opciones anticonceptivas reduzca la discontinuación específica por método de los métodos anticonceptivos ya disponibles, sí puede reducir sustancialmente la discontinuación del uso de anticonceptivos en general, al estimular el cambio de método en el momento en que el método actual de una mujer se ha vuelto inadecuado. El alto nivel de discontinuación del uso de anticonceptivos en el pasado ya ha generado decenas de millones de casos de necesidad no satisfecha y, si la discontinuación de métodos no se reduce dramáticamente, un todavía mayor número de casos puede sumarse a la necesidad no satisfecha en los próximos años. Evidentemente, posibilitar que usuarias previas con necesidades no satisfechas reanuden el uso de sus anticonceptivos; y ayudar a que las mujeres con necesidades actuales satisfechas hagan efectivas sus intenciones reproductivas a través del uso sostenido de sus anticonceptivos puede ser una estrategia efectiva para reducir la necesidad no satisfecha en el futuro.

REFERENCIAS

1. Westoff CF y Bankole A, The time dynamics of unmet need: an example from Morocco, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1):12-24.
2. Jain A, Should eliminating unmet need for contraception continue to be a program priority? *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(Supl.):S39-S43 & S49.
3. Casterline JB, El-Zanaty F y El-Zeini LO, Unmet need and unintended fertility: longitudinal evidence from Upper Egypt, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(4):158-166.
4. Jain AK, Mahmood A y Sathar Z, Unmet need and unwanted childbearing: evidence from a panel survey, documento presentado en IUSSP International Seminar: Is Access Enough? Understanding and Addressing Unmet Need in Family Planning, Nanyuki, Kenia, Mayo 14-16, 2013.
5. Jain AK, Fertility reduction and the quality of family planning services, *Studies in Family Planning*, 1989, 20(1):1-16.
6. Blanc AK, Curtis SL y Croft TN, Monitoring contraceptive continuation: links to fertility outcomes and quality of care, *Studies in Family Planning*, 2002, 33(2):127-140.
7. Bradley SEK, Schwandt HM y Khan S, Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, EEUU: ICF Macro, 2009, No. 20.
8. Bradley SEK, Croft TN y Rutstein SO, The impact of contraceptive failure on unintended births and induced abortions: estimates and strategies for reduction, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, EEUU: ICF Macro, 2011, No. 22.
9. Ali MM, Cleland J y Shah IH, *Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence for 60 Demographic and Health Surveys*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012.
10. Bradley SEK et al., Revising unmet need for family planning, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, EEUU: ICF International, 2012, No. 25.
11. Westoff CF, Unmet need for modern contraceptive methods, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, EEUU: ICF International, 2012, No. 28.
12. Ross J, Futures Group, Family planning Program Effort Score (PES), 2009, Datos no publicados, acceso el 13 de febrero de 2011.
13. Ross J y Smith E, Trends in national family planning programs, 1999, 2004 and 2009, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2011, 37(3):125-133.
14. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Informe sobre Desarrollo Humano 2010*, Nueva York: Palgrave Macmillan, 2010.
15. Ross J y Hardee K, Access to contraceptive methods and prevalence of use, *Journal of Biosocial Science*, 2012, acceso el 9 de julio de 2013.
16. Ross J y Stover J, Use of modern contraception increases when more methods become available: analysis of evidence from 1982-2009, *Global Health: Science and Practice*, 2013, 1(2):203-212, acceso el 12 de agosto de 2013.
17. Costello M et al., A client-centered approach to family planning: the Davao Project, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(4):302-314.
18. Sathar Z et al., Introducing client-centered reproductive health services in a Pakistani setting, *Studies in Family Planning*, 2005, 36(3):221-234.
19. León F et al., *The Balanced Counseling Strategy: A Toolkit for Family Planning Providers*, Washington, DC: Population Council, 2008.
20. Jain AK et al., Evaluation of an intervention to improve quality of care in family planning programme in the Philippines, *Journal of Biosocial Science*, 2012, 44(1):27-41.
21. Sanogo D et al., Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal, *African Journal of Reproductive Health*, 2003, 7(2):57-73.
22. RamaRao S et al., The link between quality of care and contraceptive use, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(2):76-83.
23. Koenig MA, Ahmed S y Hossain MB, The impact of quality of care on contraceptive use: evidence from longitudinal data from rural Bangladesh, *FRONTIERS Final Report*, Washington, DC: Population Council, 2003.
24. Patel D, Patel A y Mehta A, The effects of service quality on IUD continuation among women in rural Gujarat, en: Koenig MA and Khan ME, eds., *Improving Quality of Care in India's Family Welfare Programme: The Challenge Ahead*, Nueva York: Population Council, 1999, pp. 333-345.
25. Mensch B et al., Avoiding unintended pregnancy in Peru: Does quality of care matter? *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23(1):21-27.
26. Lei ZW et al., Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depo-medroxyprogesterone acetate for contraception, *Contraception*, 1996, 53(6):357-361.
27. Halpern V et al., Strategies to improve adherence and acceptability of hormonal methods of contraception, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, Issue 4, Art. No. CD004317, acceso el 24 de agosto de 2013.
28. Harbison S, Completing the demographic transition in developing countries: What does quality have to do with it? documento presentado en la Conferencia Internacional de Población IUSSP XXV, Tours, Francia, del 18 al 23 de julio de 2005.
29. Cleland J et al., Family planning: the unfinished agenda, *Lancet*, 2006, 368(9549):1810-1827.
30. Darroch J, Sedgh G y Ball H, *Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011.
31. RamaRao S, Sitruk-Ware R y Townsend JW, New vistas in contraceptive technology, *Gender and Development*, 2008, 16(2):327-344.
32. Brache V, Payán LJ y Faundes A, Current status of contraceptive vaginal rings, *Contraception*, 2013, 87(3):264-272.

Agradecimientos

El Consorcio del Programa de Investigación STEP UP (Fortalecimiento de la Evidencia para Programas de Embarazo No Planeado) (Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy), financiado por UKaid del Departamento para el Desarrollo Internacional, Reino Unido, proporcionó apoyo a Francis Obare y Ian Askew. Las conclusiones y opiniones expresadas en este documento son de los autores y no necesariamente las del financiador.

Contacto del autor: ajain@propcouncil.org