

## Documento de reflexión sobre la equidad para la Alianza PAI



Karen Hardee  
Ian Askew  
Rodolpho Gómez Ponce de León  
Erika Houghtaling  
Baker Maggwa  
Shawn Malarcher  
Sara Stratton  
Chandra-Mouli Venkatraman

**Junio de 2019**

## Tabla de contenidos

.....	1
Introducción .....	4
Métodos.....	5
¿Cómo se define la equidad en materia de salud y planificación familiar?.....	5
<i>Definición de la equidad en salud</i> .....	5
<i>Definición de equidad para la planificación familiar</i> .....	7
Marcos para conceptualizar la equidad .....	8
<i>Marco para definir la equidad</i> .....	8
<i>Marco para identificar las dimensiones de la equidad</i> .....	8
<i>Marcos para hacer operativa la equidad en la programación</i> .....	9
Marco analítico de condiciones prioritarias en materia de salud pública de la OMS .....	9
Marco EQUITY.....	11
Medidas de equidad relevantes para los programas de planificación familiar .....	12
<i>Análisis y métodos utilizados para medir los cambios en las dimensiones de la equidad: económica, social y ambiental</i> .....	12
Dimensión económica.....	12
Dimensión social.....	15
Dimensión ambiental.....	15
Multidimensional .....	15
<i>Revisión bibliográfica sobre intervenciones destinadas a mejorar la equidad en la planificación familiar</i> .....	17
<i>Revisión de la equidad en las reseñas PAI existentes</i> .....	22
Recomendaciones sobre cómo se debe definir la equidad para la Alianza PAI y medidas apropiadas para examinar las cuestiones de equidad .....	22
<i>Medidas de equidad pertinentes para la planificación familiar</i> .....	22
<i>Definición y medición de la inequidad:</i> .....	24
Recursos sobre programación y medición de la equidad .....	26
Referencias .....	27
Anexo 1 Menciones de equidad en las reseñas PAI.....	32



## Introducción

La equidad, uno de los ocho principios rectores de la Alianza para las Prácticas de Alto Impacto (PAI o HIP, por su sigla en inglés) en Planificación Familiar (Cuadro 1), es un aspecto importante de la programación de la planificación familiar (UNFPA, 2017; IPPF, 2017). Durante más de 50 años los programas han intentado mejorar la equidad en el acceso a los anticonceptivos y los servicios de planificación familiar mediante la prestación de servicios gratuitos o subsidiados y a través de programas innovadores que permitieran llegar a los grupos desfavorecidos (Shah y Chandra-Mouli (2007).

Durante los últimos 20 años, la eliminación de la inequidad ha sido el foco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y de la Cobertura de Salud Universal (CSU), garantizando que la equidad esté incluida como uno de sus componentes. <<en materia de planificación familiar, lograr la CSU “implica poner los servicios...a disposición de las personas que no han tenido acceso a ellos debido al costo, a su género o la ubicación geográfica”. (UNFPA, 2017: 79). Para alcanzar la Cobertura de Salud Universal, la Comisión Guttmacher-Lancet sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos señaló que “la equidad en el acceso significa que todo el mundo debe tener acceso y recibir cobertura, no sólo aquellos que puedan pagar... [dando] prioridad a las reformas que encaran las desigualdades desde el principio, beneficiando a las personas menos favorecidas en un grado igual o mayor que a las más favorecidas” (Starrs y col. 2018: 2651).

### Cuadro 1. Equidad en la Alianza PAI

"Un esfuerzo por identificar y comprender diferentes obstáculos, como los sociales, étnicos, financieros, geográficos, lingüísticos y relacionadas con la edad, entre otros, que puedan dificultar el aprovechamiento de la atención y el uso voluntario de anticoncepción, y ajustar los programas para corregir estas disparidades"<sup>1</sup>

Si bien en muchos trabajos de investigación se afirma que ya se ha logrado la equidad en materia de planificación familiar por el hecho de llegar a grupos desfavorecidos, en reuniones pasadas del Grupo Técnico Asesor (GTA) de las PAI se han planteado interrogantes en cuanto a si se usan los métodos apropiados que permitan hacer tales afirmaciones. En las reuniones del GTA también se han planteado preguntas sobre cómo se define la equidad en la planificación familiar. Dado que la equidad debe ser y será un tema de atención de importancia creciente en los programas de planificación familiar, la Alianza PAI debe considerar cómo comunicar la base de evidencia que indica qué es lo que funciona para abordar la equidad. Para ello, primero debemos examinar cómo se define la equidad, incluso cómo la define la comunidad de planificación familiar, y qué evidencia existe del éxito de su incorporación a los programas. Este trabajo tiene por objeto ayudar al GTA a reflexionar sobre la cuestión de la equidad examinando y sintetizando la evidencia.

Este documento de reflexión, que se basa en trabajos anteriores presentados al GTA de PAI<sup>1</sup>, se centra en cuatro preguntas: 1) ¿cómo se define la equidad a los efectos de la salud y la planificación familiar?, 2)

<sup>1</sup>Stratton, Askew and Eber. 2015, “Reaching the Underserved: Guidance for Evaluating Evidence for Inclusion in HIP Briefs.” Nota conceptual no publicada.

¿cuáles son los marcos de conceptualización de la equidad?, 3) ¿cuáles son las medidas pertinentes para los programas de planificación familiar?, y 4) ¿qué evidencia se necesita para evaluar el impacto de las PAI sobre la equidad? En el documento también se incluyen recursos útiles sobre programación y medición de la equidad, y se presentan referencias.

## Métodos

Realizamos un amplio examen de la literatura sobre la equidad en la salud y la planificación familiar, como documentos de políticas y análisis secundarios a largo plazo. Además, realizamos una revisión bibliográfica con el fin de determinar cómo se ha evaluado la equidad en los estudios de planificación familiar y otras áreas de la salud. Se realizaron búsquedas en las bases de datos bibliográficas (PubMed, POPLINE, Scopus, Google Scholar, Cochrane Database of Systematic Reviews, Africa Journal Online, USAID DEC y Lilacs entre otros) utilizando los siguientes términos de búsqueda y sus derivados (en inglés): equidad, inequidad, poblaciones marginadas, adolescentes, juventud, jóvenes y minorías. Nos centramos en evaluaciones y estudios de intervenciones cuyos resultados estuvieran relacionados con los resultados de salud y equidad. Los resultados de la equidad se centraron únicamente en los comportamientos y los impactos de los comportamientos. Los resultados no incluyeron creencias o actitudes equitativas. Al analizar la literatura sobre intervenciones, se excluyeron los documentos que no explicaran la metodología básica empleada para medir la equidad.

Esta revisión bibliográfica tuvo algunas limitaciones. Es posible que, al ser limitados, los términos de búsqueda no hayan detectado estudios en los que la equidad fuera un resultado secundario o en los que se utilizaran otros términos al hablar de la población del estudio como, por ejemplo, los desatendidos. La búsqueda también se limitó a evaluaciones escritas en inglés y a los estudios de intervenciones publicados entre 2000 y 2018 en países de renta baja o media (PRMB).

## ¿Cómo se define la equidad en materia de salud y planificación familiar?

### *Definición de la equidad en salud*

Las definiciones de equidad emanan del derecho a la salud, articulado por primera vez en la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud, que hace hincapié en la equidad al señalar que “el disfrute del más alto nivel de salud posible es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, condición económica o social” (OCHCR, 2008: 1). La Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 reiteraron el derecho a la salud e incluyeron la atención a la equidad. Como una extensión del derecho a la salud, USAID (ND) dice que “la equidad en salud es el concepto de que todas las personas deben tener una oportunidad justa de alcanzar su pleno potencial de salud”.

---

*Las inequidades en salud son aquellas que son evitables, innecesarias e injustas (Whitehead, 1992)*

---

Sin embargo, hay algunas dudas sobre la diferencia, si la hay, entre la desigualdad y la inequidad (OMS, 2015). Si bien

puede haber diferencias en la salud entre los diferentes grupos de personas (por ejemplo, las personas más jóvenes tienden a tener mejor salud que las personas mayores debido al proceso de envejecimiento de estos últimos), Whitehead (1992) explica que las inequidades en la salud son aquellas que son evitables, innecesarias e injustas.

Whitehead y Dahlgren (2006) señalan que el término desigualdad se utiliza - particularmente en Europa - para referirse también a las diferencias en materia de salud que son injustas y que denotan favoritismos. Según ellos “hay tres características distintivas, que al combinarse, convierten meras variaciones o diferencias en salud en una inequidad social en materia de salud. Son *sistemáticas*, son un *producto social* y, por lo tanto, son modificables, e *injustas*” (Whitehead y Dahlgren, 2006: 2). La definición de equidad de la OMS refleja esas tres dimensiones.

*“La equidad es la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas, ya sea que esos grupos se definan social, económica, demográfica o geográficamente o por otros medios de estratificación. “La equidad sanitaria” o la “equidad en la salud” implican que, idealmente, todas las personas deberían tener una oportunidad justa de alcanzar su pleno potencial de salud y que nadie debería verse desfavorecido para alcanzar este potencial” (OMS, ND).*

Una publicación de la OMS titulada *State of Inequality Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health*, señala que, “en general, las desigualdades perjudican a las mujeres, los lactantes y niños en los subgrupos desfavorecidos de la población; es decir, los más pobres, los de menor escolaridad y los que residen en las zonas rurales tenían una menor cobertura de intervenciones de salud y peores resultados en materia de salud que los más favorecidos” (OMS, 2015: xii). En su informe de 2017, *Mundos aparte*, la salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad, UNFPA también utilizó el término desigualdad para referirse a diferencias que son injustas. UNFPA (2017:19-20) vincula la desigualdad en la planificación familiar con desigualdades más amplias en contra de las mujeres, al afirmar que “los embarazos no deseados limitan las oportunidades que tendrían las mujeres para la educación, la participación cívica y su capacidad para obtener ingresos”. En los Estados Unidos, se utiliza el término “disparidad” con el mismo significado que inequidad. Otros términos que se han utilizado en relación con la equidad y la planificación familiar incluyen “desatendido” y “vulnerable” (IPPF, 2017). Marmot (2006) describe un gradiente social en una serie de resultados sanitarios tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, que favorecen a los ricos y a los que se encuentran en posiciones sociales ya más favorecidas (por ejemplo, los de mayor nivel educativo). Este gradiente social a menudo aparece en los análisis del uso de anticoncepción (Malarcher y col., 2010; OMS, 2015).

## **Definición de equidad para la planificación familiar**

Basándose en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, la OMS (2014) y FP2020 (2014) han articulado el significado de la equidad en lo concerniente a los servicios de planificación familiar y anticoncepción. El Cuadro 2 muestra la definición de equidad proporcionada por el Grupo de Trabajo sobre Derechos y Empoderamiento del FP2020.

La equidad en la planificación familiar no significa que todos los grupos usen anticoncepción, o ciertos métodos anticonceptivos, necesariamente a tasas iguales. La equidad en la planificación familiar implica que todos los grupos tengan el mismo acceso a la información y los servicios, y a todos los métodos anticonceptivos disponibles, y que puedan tomar decisiones sobre su propia fertilidad y sobre el uso de la anticoncepción y actuar en consecuencia. La equidad implica que todos los grupos tengan el mismo acceso a servicios de calidad, incluida la remoción de los dispositivos anticonceptivos, y que no haya diferencias en el trato que reciben de los proveedores.

En este sentido, la planificación familiar difiere de otros aspectos de la salud. Por ejemplo, el uso uniformemente alto de mosquiteros para la prevención del paludismo, o el uso de asistencia calificada en el parto para mejorar los resultados de la salud materna, son ambos resultados equitativos. El uso uniformemente alto de anticoncepción es equitativo sólo si se corresponde con las opciones de las personas en los grupos cubiertos por los servicios de planificación familiar.

Gillespie y col. (2007) utilizaron datos de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) para analizar si una mayor fertilidad y un menor uso de anticonceptivos entre los segmentos más pobres de la sociedad en 41 países constituye una desigualdad (basado en que tienen deseos de fertilidad diferentes) o una inequidad (basado en que se impida alcanzar los mismos deseos de fertilidad en los distintos grupos). Los autores analizaron la fertilidad deseada (fertilidad real que excede la fertilidad deseada) y la disponibilidad de servicios de planificación familiar (exposición a mensajes sobre planificación familiar en la radio; conocimiento de un lugar donde se puede obtener servicios de planificación familiar, contacto con un investigador de campo de planificación familiar) para los segmentos más pobres y los más ricos. Señalan cuatro características que deben estar presentes para que una condición constituya una inequidad:

1. Debe estar presente desproporcionadamente en una población desfavorecida en relación con los segmentos de población más favorecidos económicamente;
2. Debe ser pasible de intervenciones eficaces;
3. Debe ser indeseable; y
4. Las intervenciones para aliviar o disminuir esta condición deben estar menos disponibles para los desfavorecidos que para las poblaciones con mejor nivel económico.

### **Cuadro 2. Equidad y no discriminación para la planificación familiar**

"Las personas tienen la capacidad de acceder a información y servicios anticonceptivos integrales y de calidad sin discriminación, coerción ni violencia. La calidad, accesibilidad y disponibilidad de la información y los servicios anticonceptivos no deben variar por características no motivadas por razones médicas, como la edad, la ubicación geográfica, el idioma, la etnia, la discapacidad, el estado del VIH, la orientación sexual, los ingresos, estado civil u otro estado." FP 2020, Grupo de Trabajo sobre Derechos y Empoderamiento, 2014: 3.

## Marcos para conceptualizar la equidad

Hay tres tipos de marcos que sirven para conceptualizar la equidad, incluidos los que definen la equidad, los que identifican las dimensiones de la equidad y los que ayudan a hacer operable la programación, junto con la investigación y la evaluación. El contexto y el propósito ayudarán a determinar qué marco es el más apropiado para una situación dada.

### Marco para definir la equidad

El marco predominante para definir la equidad es el de los derechos humanos y una óptica de equidad, como se señalara en la sección anterior de este documento. “Desde una perspectiva ética y de derechos humanos, es imperativo reducir las disparidades evitables en materia de salud” (Wirth y col. 2006: 519). Los marcos para abordar la equidad deben tener en cuenta sus múltiples dimensiones.

### Marco para identificar las dimensiones de la equidad

Si bien cuando se piensa en inequidad la idea que suele venir a la mente es la de pobreza, en realidad hay muchas dimensiones de las disparidades que pueden producir inequidades. Muchos autores señalan la necesidad de abordar estas múltiples dimensiones como disparidades generalmente entremezcladas en la vida de las personas (Braveman y Gruskin, 2003; Ahmed y col., 2009; MCHIP, 2011).

Evans y Brown acuñaron el acrónimo PROGRESS para referirse a las dimensiones de la inequidad de salud, incluyendo **P** (Place of Residence) por lugar de residencia, **R** (Race) por Raza, **O** (Occupation) por Ocupación, **G** (Gender) por Género, **R** (Religion) por Religión, **E** (Education) por Educación, **S** (Socio-economic) por Socio Económico, y **S** (Socio-capital) por Capital Social. Gwatkin (2007: 348) señala que esta lista es “un importante recordatorio de que la equidad de salud tiene muchas dimensiones importantes, más allá de las de género y económicas que han llegado a dominar la literatura” (Gwatkin, 2007: 348).

Un marco útil que clasifica las diversas dimensiones de la inequidad proviene de *Healthy People 2020 In the United States*, que definió las disparidades en salud como: “un tipo particular de diferencia de salud que está estrechamente relacionado con las desventajas económicas, sociales o ambientales” (Braveman, 2014: 2). Este marco sirve para clasificar las dimensiones de la inequidad observadas en relación con el derecho al disfrute del más alto nivel de salud posible (Tabla 1) y para ayudar a identificar los métodos pertinentes para medir los resultados de las intervenciones destinadas a reducir las inequidades.

Tabla 1. Tipos de inequidad/desventaja		
Económica	Social	Ambiental
Riqueza/ pobreza/situación socioeconómica	Sexo	Ubicación geográfica (por ejemplo, rural, remota, asentamiento irregular- barrios precarios)
	Edad	Zona degradada ambientalmente
	Educación	Entorno humanitario



	Estado civil	
	Raza/etnia	
	Idioma	
	Orientación sexual	
	Discapacidad	
	Otra marginación social	

### ***Marcos para hacer operativa la equidad en la programación***

Existen una serie de marcos para hacer operativa la equidad en la programación. Estos marcos generalmente implican identificar a los grupos con disparidades, analizar esas disparidades, diseñar programas para abordarlas y evaluar los resultados. Una evaluación de las disparidades en comparación con un grupo en mejor situación económica permite evaluar las mejoras en la equidad.

### **Marco analítico de condiciones prioritarias en materia de salud pública de la OMS**

El Marco analítico de condiciones prioritarias en materia de salud pública de la OMS se elaboró para trabajar con los determinantes sociales de la salud (Blas y Kurup, 2010). El marco, que se muestra en la Figura 1 opera en cinco niveles que requieren análisis y (potencialmente) intervenciones, entre los que se incluyen:

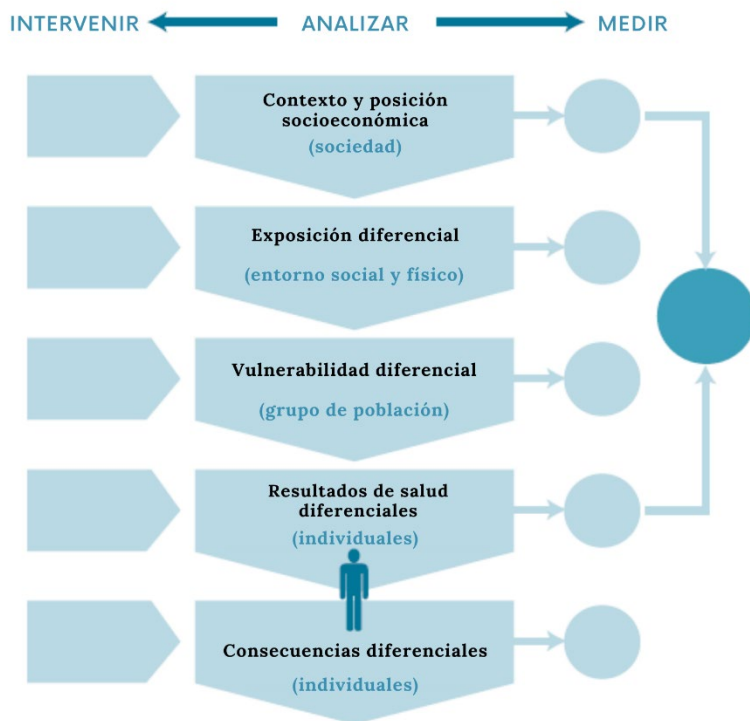
- Contexto y posición socioeconómica, que aborda la influencia del poder, las leyes y las políticas, y la posición social sobre la salud en la sociedad y el diferente estado de salud entre los grupos que componen la sociedad.
- Exposición diferencial, que implica que los distintos grupos de las sociedades enfrentan una exposición al riesgo que varía (material, psicosocial y conductual) en relación con su posición social.
- Vulnerabilidad diferencial, significa que el mismo nivel de exposición puede tener diferentes efectos en grupos de personas dependiendo de sus circunstancias, como factores relacionados con su situación social, cultural y económica, y de las circunstancias y experiencias de vida. La dinámica de género juega un papel fundamental en cuestiones relacionadas con la vulnerabilidad y la exposición y la vulnerabilidad.

➤ Resultados de salud diferenciales.

“La equidad en la atención de la salud implica idealmente que todas las personas que necesitan atención de salud la reciban de forma tal que les resulta beneficiosa, independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas socialmente. El resultado debería ser la reducción de todas las diferencias sistemáticas en los resultados sanitarios entre los diferentes grupos socioeconómicos equiparando a todos al nivel sanitario de los más favorecidos” (Blas y Kurup, 2010: 7).

➤ Consecuencias diferenciales, implica que los diferentes grupos, dependiendo de sus circunstancias, padecerán diferentes consecuencias si los resultados sanitarios son malos.

Figura 1. Marco de análisis de las condiciones prioritarias de la OMS en materia de salud pública



Fuente: Blas y Kurup, 2010.

Para analizar los determinantes sociales de la salud en las diferentes áreas de salud, el marco requiere que el análisis establezca y documente lo siguiente:

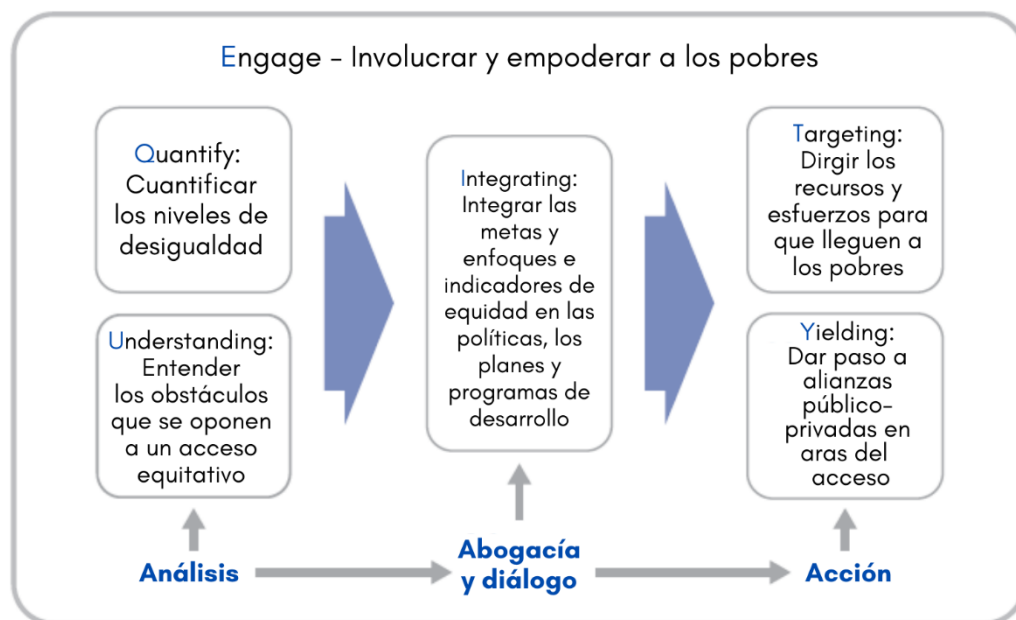
- Determinantes sociales en juego y su contribución a la inequidad, por ejemplo, vías, magnitud y gradientes sociales;
- Puntos de entrada prometedores para intervenciones;
- Posibles efectos secundarios adversos de un posible cambio;
- Posibles fuentes de resistencia al cambio; y
- Qué se ha probado y cuáles fueron las lecciones aprendidas.

Malarcher y col. (2010) utilizaron este marco para evaluar la equidad y los determinantes sociales asociados con el embarazo no deseado y el resultado del embarazo. Encontraron que los pobres se ven afectados desproporcionadamente por las consecuencias de un embarazo y maternidad no deseados, y que la vulnerabilidad al embarazo no deseado está estrechamente relacionada con el acceso a la información y los servicios de anticoncepción, además de la experiencia de relaciones sexuales no deseadas. Señalan que para abordar problema del embarazo no deseado y mejorar los resultados se requerirán intervenciones intencionales diseñadas para lograr la equidad, “especialmente dirigidas a los pobres y desfavorecidos, para mejorar su acceso a los servicios de anticoncepción y los servicios de atención de parto calificada” (Malarcher y col., 2010: 178).

## Marco EQUITY

El marco EQUITY fue desarrollado por la Iniciativa de Políticas de Salud (HPI: Health Policy Initiative), financiada por USAID, para promover un enfoque que favoreciera a los pobres en las políticas y programas de salud reproductiva y planificación familiar. El marco, que se muestra en la Figura 2, tiene seis elementos: **E** por *Engaging y Empowering...*) Involucrar y empoderar a los pobres para abordar las disparidades; **Q** por *Quantify*: Cuantificar los niveles de desigualdad que enfrentan los pobres; **U** (Por *Understanding*: Entender las barreras que enfrentan al tratar de acceder a los servicios de manera equitativa; **I** por *Integrating*: Integrar la equidad en las políticas, los programas y las agendas de desarrollo; **T** por *Targeting*: Dirigir los recursos para concentrarse en las estrategias que favorezcan a los pobres; y finalmente **Y** por *Yielding*: Dar paso a alianzas público-privadas para garantizar que se atienda al mercado en su totalidad. Si bien este marco se elaboró como una estrategia a favor de los pobres, se lo puede adaptar para abordar otras disparidades, además de la pobreza (como, por ejemplo, el lugar de residencia, la edad, la etnia, etc.).

Figura 2. Marco de EQUIDAD



[http://www.healthpolicyplus.com/archive/ns/pubs/hpi/1271\\_1\\_EQUITY\\_Overview\\_Poster\\_FINAL\\_Sept\\_2010\\_acc.pdf](http://www.healthpolicyplus.com/archive/ns/pubs/hpi/1271_1_EQUITY_Overview_Poster_FINAL_Sept_2010_acc.pdf)

El Marco EQUITY se comenzó a utilizar en Kenia para ayudar a guiar la programación a fines de los 90. Utilizando ese marco entre otras fuentes, el gobierno de Kenia y los socios para el desarrollo aplicaron una estrategia para llegar a los pobres de las zonas urbanas; a diferencia del período 1993-1998, entre 2003-2008/09 hubo un cambio significativo en el uso de anticonceptivos por lo que “no hubo prácticamente diferencia entre los pobres y los ricos en 2008/09” (Fotso y col., 2013: 1). Hallaron que esa reducción de la brecha entre los pobres y los ricos en Kenia también se observaba en otros resultados sanitarios.

En la sección de recursos se encuentran otros recursos útiles para la programación, el seguimiento y la evaluación para abordar la equidad.

## **Medidas de equidad relevantes para los programas de planificación familiar**

En esta sección se presentan los análisis para definir las tres dimensiones de las desigualdades y las medidas de equidad pertinentes para la planificación familiar. La sección comienza con una discusión de estudios de la literatura que miden las inequidades en materia de planificación familiar, pero no se centran en las intervenciones. También se describen los métodos utilizados para medir los cambios en las tres dimensiones de la equidad. La sección presenta luego los hallazgos de los ocho estudios que incluyeron la planificación familiar en la búsqueda bibliográfica sobre intervenciones destinadas a mejorar la equidad. La sección concluye con un análisis de la equidad en las reseñas PAI existentes.

### ***Análisis y métodos utilizados para medir los cambios en las dimensiones de la equidad: económica, social y ambiental***

#### **Dimensión económica**

Aunque las reseñas PAI sugieren que los programas de planificación familiar abordan las diversas dimensiones de la equidad, la mayoría de los estudios se han centrado en la inequidad económica. La medición de los quintiles de riqueza en las EDS ha simplificado la medición de la equidad económica (Rutstein y Saveteig, 2014); su uso está muy extendido en los estudios de planificación familiar.

Varios estudios utilizan quintiles de riqueza para evaluar las brechas de equidad. Ross (2015) evaluó los cambios de esa diferencia en el uso de anticonceptivos, la fertilidad total y la deseada, y el número ideal de hijos entre ricos y pobres a lo largo del tiempo en 46 países durante un período de aproximadamente 14 años y evaluó los resultados en relación con los puntajes de los esfuerzos de planificación familiar. Ross concluye que “es reconfortante ver que la <brecha de equidad> en el uso de anticoncepción se está reduciendo en la mayoría de los países y se está reduciendo más allí donde los esfuerzos de los programas, especialmente dirigidos al acceso a los métodos, son más fuertes” (Ross, 2015: 434). Ross plantea que los programas “más fuertes” son en su mayoría aquellos que llevan más tiempo de existencia y por lo tanto ahora también llegan más eficazmente a los pobres, mientras que los programas nacionales en las etapas iniciales suelen llegar primero a los clientes urbanos y más ricos. De hecho, Ross halló que la inequidad ha aumentado en algunos países africanos con programas que están recién en etapas incipientes.

La evaluación de los cambios en la demanda satisfecha de anticonceptivos modernos en los diferentes grupos (por ejemplo, los quintiles de menor y mayor riqueza) a lo largo del tiempo es un indicador de los avances en la reducción de la inequidad. En un análisis de ese tipo de alrededor de 155 países en desarrollo, a lo largo de un período de aproximadamente 10 años para cada país, UNFPA (2017) demostró que en la mayoría de los países se están logrando avances tanto en el aumento de la demanda satisfecha como en la reducción de la brecha en la demanda satisfecha entre los quintiles de mayor y menor riqueza. Mediante equidiagramas, muestran los cambios de las brechas en la demanda satisfecha entre los diferentes quintiles de riqueza.

Alkenbrack y col. (2015), en un análisis de la equidad en la cobertura de los servicios de salud reproductiva y materna (que incluye la Razón de Prevalencia de Anticonceptivos Modernos -mCPR por sus siglas en inglés- y la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos) en 74 países de ingresos bajos y medios durante la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, encontró que los mejores niveles educativos y un mayor compromiso político (medido como la proporción del gasto público en salud) estaban asociados con una mayor equidad en la cobertura de servicios. El análisis de los autores, que tenía en su denominador mujeres con necesidad de los respectivos servicios, midió el aprovechamiento en relación con la necesidad, es decir, la demanda satisfecha.

Muchos estudios de equidad incluyen el uso del Índice de Concentración. Tal como explican Chakraborty y col. (2013), el Índice de Concentración utiliza un valor sumario para captar la magnitud de la desigualdad socioeconómica en un resultado de salud. El índice de concentración oscila entre -1 y +1, basado en una curva de concentración de Lorenz que ordena la población por estado socioeconómico (ESE) en el eje de la X y proyecta el porcentaje acumulativo de un resultado de salud en el eje de la Y. Con cero como la igualdad perfecta, un valor negativo representa la concentración del resultado de la salud entre los pobres; un valor positivo denota concentración entre los ricos. A medida que el índice de concentración se aleja cada vez más de cero, ya sea positiva o negativamente, aumenta la inequidad en el resultado de la salud. El índice de concentración ofrece ventajas como una métrica de la equidad en la salud porque es estadísticamente comparable entre períodos de tiempo y regiones geográficas. Por lo tanto, un índice de concentración puede medir si el uso de la planificación familiar es mayor entre los pobres o los no pobres y el grado de inequidad entre ellos.

La participación del sector privado se ha promovido como medio para aumentar el acceso a la planificación familiar. Hotchkiss y col. (2011) exploraron el efecto de la expansión del suministro de anticonceptivos en el sector privado sobre lo que ellos denominan “inequidad horizontal” en el uso de anticonceptivos modernos. Definieron la inequidad horizontal como el uso desigual para la misma necesidad de planificación familiar. Ellos utilizaron datos de la EDS de cuatro países, Nigeria, Uganda, Bangladesh e Indonesia, para evaluar el grado de desigualdad e inequidad a lo largo del tiempo utilizando el Índice de concentración entre los quintiles de riqueza. En el estudio se controlaron las diferencias en la necesidad de planificación familiar en relación con la riqueza de los hogares. La necesidad se controló derivando de las probabilidades esperadas por la necesidad de usar anticonceptivos modernos, que se utilizaron para calcular índices de anticonceptivos normalizados por la necesidad. El estudio reveló que la expansión de la anticoncepción a través del sector comercial privado aumentó el acceso y redujo la inequidad en el uso de anticonceptivos a lo largo del tiempo en Nigeria y Uganda, y que la inequidad, que ya era baja, fluctuó con el tiempo en Bangladesh e Indonesia. Señalan que “uno de los aportes del estudio es que controlamos la necesidad de servicios de planificación familiar, que potencialmente podrían variar según la condición socioeconómica y, como resultado, podrían provocar diferencias entre la desigualdad de la tasa mCPR, que se basa en el uso real, y la inequidad en la mCPR, que se basa en el uso estandarizado de la necesidad” (Hotchkiss y col., 2011: 8).

También se han desarrollado otras herramientas de evaluación de la

pobreza o de calificación de la pobreza. Estas herramientas se pueden utilizar para determinar la elegibilidad para beneficiarse o ser “atendidos por” un programa - tales herramientas se han utilizado frecuentemente en programas de vales y otros similares. Las evaluaciones de la proporción de beneficiarios clasificados como pobres pueden indicar la eficacia de los instrumentos de detección y el programa para llegar a los destinatarios deseados (véase el Cuadro 3).

### Cuadro 3: Instrumentos para evaluar la equidad

#### ***Herramienta de evaluación de la pobreza***

El método de Marie Stopes International (MSI) utiliza una herramienta de evaluación de la pobreza para guiar su programación para llegar a los pobres a través de equipos móviles de extensión y acceder a áreas remotas y rurales con franquicias sociales, clínicas estáticas y vales. (Wumenu y col., 2013). La herramienta de evaluación de la pobreza se basa en el Índice de superación de la pobreza (PPI, por sus siglas en inglés para Progress out of Poverty Index) desarrollado por la Fundación Grameen y, como alternativa, el Índice de pobreza multidimensional (IPM), que forma parte de la Iniciativa Oxford para la Pobreza y el Desarrollo Humano. El MSI mide la pobreza a través de entrevistas a la salida de los clientes y compara la proporción de clientes que evalúan que son pobres si se los compara con las medidas nacionales de las personas que viven en la pobreza. El MSI combina el uso de la herramienta de evaluación de la pobreza con el uso de su modelo IMPACT 2.

#### ***Instrumento de evaluación de vulnerabilidades***

IPPF cuenta con una herramienta de evaluación de vulnerabilidades que evalúa múltiples dimensiones de la inequidad. La herramienta de IPPF, que sus filiales pueden utilizar para supervisar su prestación de servicios a poblaciones vulnerables, define como vulnerables a los grupos que viven por debajo de la línea de pobreza, aquellos que padecen exclusión social o marginación, y aquellos desatendidos por falta de capacidad o de voluntad política (IPPF, 2017). La evaluación de la vulnerabilidad, que se puede adaptar al contexto del país, se lleva a cabo mediante una encuesta aleatoria de clientes que incluye preguntas sobre estas dimensiones de vulnerabilidad (Taylor y col., 2012).

## **Dimensión social**

Si bien muchos estudios de planificación familiar controlan los factores sociales, son menos los estudios que han evaluado los cambios en la equidad basados en factores sociales. También puede utilizarse el análisis de las brechas absolutas y relativas (*gap analysis*) para evaluar las inequidades sociales, tales como inequidades por sexo o género, por edad o estado civil, por nivel educativo, por raza/etnia, por condición de migrante, por discapacidad, por orientación sexual o por alguna otra marginación social.

Salvo algunas excepciones, los estudios coinciden bastante en encontrar diferencias en el uso de anticoncepción por parte de mujeres con diferentes niveles educativos. En 71 países, la OMS (2015) constató que la mediana del uso de anticonceptivos modernos (mCPR, por sus siglas en inglés), con un 35,3 por ciento, era casi el doble entre las mujeres con educación secundaria o superior que entre las mujeres sin educación (18,9 por ciento). Sin embargo, si se observan los cambios a lo largo del tiempo, entre las mujeres de 38 países, la mCPR aumentó a un ritmo más rápido entre las mujeres con bajo nivel educativo (0,7 puntos porcentuales anualmente en un período de aproximadamente 10 años), en comparación con el aumento entre las mujeres con educación o superior (0,2 puntos porcentuales) (OMS, 2015). Este hallazgo sugiere que las mujeres con niveles educativos más bajos están avanzando, emparejándose con las mujeres de mayor nivel educativo, lo que refleja una mejora de la equidad.

## **Dimensión ambiental**

Si bien muchos estudios de planificación familiar controlan la residencia urbana y rural, hay menos ejemplos de estudios que hayan evaluado los cambios en la equidad ambiental. Las inequidades ambientales pueden estudiarse evaluando la lejanía geográfica y la distancia diferencial de los centros de salud o la cobertura con instalaciones en distintas zonas geográficas (Shiferaw y col., 2017). El análisis geoespacial se puede utilizar junto con encuestas y otras metodologías. Estos estudios pueden evaluar las diferencias entre países (por ejemplo, urbanos, rurales, montañosos) o dentro de diferentes zonas (por ejemplo, barrios marginales). Los contextos de crisis (por ejemplo, zonas de desastres humanitarios o naturales) también pueden evaluarse para garantizar que se aborden los obstáculos a la prestación y utilización de servicios de planificación familiar. Un estudio realizado por PSI (2005) para medir la disponibilidad de preservativos, píldoras e inyectables en Camboya utilizó el Muestreo de lotes para Aseguramiento de la Calidad (LQAS por sus siglas en inglés) para hacer muestreos de puntos de venta en áreas dentro de tres categorías geográficas (rural, urbana e hiperurbana). Los puntos de venta fueron categorizados como tradicionales, no tradicionales y burdeles. El estudio encontró inequidad en la cobertura y disponibilidad de los métodos en todos los distritos identificados.

## **Multidimensional**

Algunos estudios abordaron más de una dimensión de la inequidad.

Gómez Ponce de León y col. (2019) utilizaron encuestas nacionales de América Latina y el Caribe para evaluar el uso y la demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos en general y, en particular, de anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) definidos como DIU e implantes. Su análisis se estratifica por riqueza, residencia, educación, etnia, edad y una combinación de riqueza y área de residencia. Encontraron algunas variaciones en el uso de anticonceptivos modernos según el nivel económico y una gran variación en el uso de ARAP. En los países la satisfacción de la demanda de

anticoncepción se presentó como cifra general para todas las mujeres, por lo que no se evaluaron las brechas de equidad en materia de demanda satisfecha entre los distintos grupos de mujeres en cada país.

Hay bibliografía que analiza las desigualdades e inequidades en la planificación familiar por edad (Neal y col., 2015; Neal y col., 2018). Existen varias situaciones con niveles desiguales de uso de anticonceptivos en adolescentes sexualmente activos. En algunas de estas situaciones, la desigualdad es claramente injusta y remediable, por lo que son desiguales e inequitativas. En otras situaciones, la situación es menos clara, como se explica a continuación. Si en un país las adolescentes solteras sexualmente activas logran obtener fácilmente los métodos anticonceptivos que desean y utilizarlos correctamente gracias a los consejos y apoyo que reciben, al tiempo que las adolescentes en las mismas circunstancias de la vida en otro país no pueden hacerlo, esta desigualdad puede describirse como injusta y remediable, y por lo tanto puede clasificarse como inequitativa. Si las adolescentes solteras sexualmente activas que desean obtener métodos anticonceptivos no pueden hacerlo debido a restricciones legales y/o a causa del estigma social, mientras que las niñas casadas sexualmente activas pueden obtenerlos sin obstáculos, esto también puede clasificarse como desigual e inequitativo. Por otro lado, si los métodos anticonceptivos están plenamente disponibles y accesibles para todos los segmentos de la población, pero hay mujeres jóvenes casadas que no los obtienen por razones personales (como el deseo de quedar embarazadas) combinadas con razones sociales (es decir, presión familiar para quedar embarazada), pero los obtienen mujeres de veinte años que han tenido un hijo o más, no está claro que estos niveles desiguales de uso puedan clasificarse como inequitativos. Sin embargo, si bien los niveles más bajos de utilización de anticonceptivos en un grupo de mujeres jóvenes casadas pueden no deberse a barreras en la instancia de la prestación, pueden deberse a las desigualdades e inequidades que han padecido en otras esferas de sus vidas (por ejemplo, en las oportunidades educativas), lo que las llevó a un matrimonio precoz, y por ende la maternidad a una edad temprana como la única oportunidad de vida viable (según su propia percepción).

Madsen y Greenbaum (2018) evaluaron la equidad en la planificación familiar basándose en quintiles de riqueza para los jóvenes. Al evaluar los datos de las EDS de 33 países (representados en 76 encuestas entre 2003 y 2016), se encontró que, en todos los países, si bien la inequidad seguía siendo alta, los niveles de demanda satisfecha mejoraron generalmente con el tiempo. A lo largo de aproximadamente 13 años, la brecha en la demanda satisfecha entre los quintiles más pobres y los más ricos disminuyó de 16 a 13 puntos porcentuales. Un análisis multivariado adicional encontró que las mujeres más ricas tenían muchas más probabilidades de que se satisficiera su demanda de planificación familiar. En su análisis de los adolescentes, Madsen y Greenbaum (2018) encontraron que la educación y el estado civil tenían al menos un impacto tan grande en la probabilidad de que se satisficiera la demanda de planificación familiar moderna como el quintil de riqueza.

Neal y col. (2016) evaluaron las diferencias geográficas entre los embarazos de adolescentes en Kenia, Tanzania y Uganda. Su análisis mostró marcadas diferencias geográficas en los primeros nacimientos de madres adolescentes, en particular en las mujeres jóvenes menores de 16 años; se encontraron mayores disparidades en Kenia y Uganda que en Tanzania. El análisis encontró “burbujas” de alta prevalencia de primeros nacimientos vinculados a la pobreza y con diferencias entre los distritos colindantes. Este análisis muestra que “las técnicas geoespaciales pueden identificar estas desigualdades y proporcionar a los



responsables de la formulación de políticas la información necesaria para centrarse en las zonas de alta prevalencia y enfocar los recursos escasos donde más se necesitan” (Neal y col., 2016: 1).

### ***Revisión bibliográfica sobre intervenciones destinadas a mejorar la equidad en la planificación familiar***

Aquí analizamos los resultados de la revisión bibliográfica sobre la investigación de la intervención en equidad y salud que se realizó para este documento, que arrojó 86 estudios de intervenciones, algunos de los cuales cubrieron muchos países. Todos los estudios se revisaron dos veces y se los categorizó por enfoque de equidad, tema de salud y resultados. Clasificados en el marco de las dimensiones económica, social y ambiental de la equidad, había 79 estudios de intervención que se centraron en la equidad económica, 34 estudios de intervención que se centraron en la equidad social, y cinco estudios de intervención que se centraron en la equidad ambiental. Hubo algunos estudios que se concentraron en más de un tipo de equidad. En cuanto al tema sanitario, 47 estudios se centraron en la salud materna y neonatal (SMN)/salud materno-infantil (SMI), 20 estudios se centraron en la malaria, 11 estudios en la nutrición/vitamina A, ocho estudios se centraron en la planificación familiar voluntaria, seis estudios no especificaron, cinco estudios se centraron en el sarampión, tres estudios en el VIH, dos estudios centrados en la educación, dos estudios en el género, y un estudio se centró en la atención oftalmológica. Algunos estudios se concentraron en más de un resultado sanitario (por ejemplo, SMI y planificación familiar).

Los estudios arrojaron resultados mixtos en términos del resultado de la equidad. Treinta y seis estudios demostraron una mejora en la equidad, 29 estudios demostraron resultados mixtos, 21 estudios demostraron que no había mejoría en la equidad y tres estudios no pudieron clasificarse.

De los ocho estudios que midieron la equidad mediante intervenciones voluntarias de planificación familiar, ocho se centraron en la equidad económica, dos en la equidad social y ninguno en la equidad ambiental. Algunos estudios se centraron en más de un tipo de equidad, y los resultados para todos fueron en su mayoría mixtos (en la Tabla 2 a continuación se muestra un resumen de cada uno de los estudios).

**Cuadro 2. Estudios de planificación familiar con intervenciones dirigidas a la equidad**

Intervención y país	Enfoque en la equidad	Metodología	Resultado de PF	Resultado de la equidad	Referencia
<b>Múltiples intervenciones</b> en sistemas de salud y mercadeo social, cobertura, actuando selectivamente con subsidios (Kenia)	Económica	Equidad evaluada utilizando datos extraídos de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Estudios MAP sobre la cobertura del sistema de salud;</li> <li>Individuos que acceden a un grupo de riesgos o productos financieros (informes trimestrales PSI/PSK 2011-2014);</li> <li>Subvenciones selectivas (informes trimestrales de ISP/PSK 2011-2104);</li> <li>Encuestas TRaC, (2011-2014 realizadas por PSI).</li> </ul>	Acceso y uso de la planificación familiar	Mejóro	IBTC, 2015
<b>Financiación basada en el rendimiento (FBR)</b> para la atención de la salud materna y el uso de anticonceptivos modernos (Burundi)	Económica	Encuestas transversales repetidas en distritos de intervención y control, comparación de indicadores según el estrato socioeconómico	Uso de anticonceptivos modernos	Ningún efecto “Es poco probable que una intervención en el lado de la oferta, como la financiación basada en el rendimiento, no acompañada de incentivos de acceso dirigidos a los pobres, mejore la equidad” (p. 2186)	Bonfer y col., 2014
<b>FBR</b> - para los servicios de SMI prestados (incluida la PF) (Afganistán)	Económica	Uso de anticonceptivos en el área de intervención atendida por el esquema FBR y las áreas de comparación, al inicio y al final	Uso de anticonceptivos modernos	Ningún efecto	Engineer y col., 2016
<b>FBR</b> - para atención prenatal, parto nosocomial, uso de anticonceptivos modernos (Ruanda)	Económica	No hay una intervención específica dirigida a los pobres. Conjunto de datos de panel a nivel de clúster creado para intervención/control utilizando encuestas de 2005 (pre) y 2007/8 (post intervención). Se utilizó un modelo de diferencia en diferencias con efectos fijos en la comunidad. Se estimaron los términos de interacción entre los quintiles de riqueza y la FBR para identificar el efecto diferencial de la FBR en las mujeres más pobres.	Uso de anticonceptivos	Ningún efecto “Si la brecha de equidad es extrema o el uso del servicio es subóptimo en las poblaciones más pobres, es probable que un programa no dirigido especialmente del lado de la oferta como el de Ruanda haga poco para aliviar las disparidades” (pág. 833)	Priedeman y col., 2013

**Cuadro 2. Estudios de planificación familiar con intervenciones dirigidas a la equidad**

Intervención y país	Enfoque en la equidad	Metodología	Resultado de PF	Resultado de la equidad	Referencia
<b>FBR</b> - Esquema de inmunización materno infantil según servicios dirigidos o no dirigidos (Tanzania)	Económica	Se empleó un diseño controlado antes y después del estudio. Las encuestas se llevaron a cabo en enero de 2012 y 13 meses más tarde. Se tomó muestras de hogares de mujeres que habían dado a luz en los 12 meses anteriores a la entrevista; y los pacientes que asisten a centros de salud para servicios dirigidos y no dirigidos en cada ronda de recopilación de datos. Se empleó un análisis de regresión de diferencia en la diferencia.	Uso de anticonceptivos	Ningún efecto sobre el uso de anticonceptivos	Binyaruka y co
<b>Vale para ARAP</b> (Camboya)	Económica y social (educación, ocupación y edad)	Diseño de estudios cuasi experimentales y datos de encuestas transversales de hogares antes y después de la intervención (2011 y 2013) en nueve distritos del programa de vales y nueve controles, para evaluar los cambios en el uso de anticonceptivos modernos y particularmente los ARAP en los 12 meses anteriores a cada encuesta. Para examinar el impacto del vale de planificación familiar se utilizaron análisis de diferencias en diferencias (DID).	Aceptación de ARAP	ARAP aumentó más en las áreas con intervención; los mayores aumentos se vieron en los grupos de menor nivel socioeconómico y educativo  “Un programa de vales de planificación familiar puede aumentar el acceso y el uso de métodos de acción prolongada más eficaces entre los pobres mediante la reducción de las barreras financieras y de información” (p. S109).	Bajracharya y col., 2016
<b>Franquicia social</b> (MSI) - servicios y uso de anticonceptivos (17 países de África y Asia)	Económica y Social (edad)	Se analizó el programa de franquicias sociales de MSI considerando los cuatro productos previstos de acceso, eficiencia, calidad y equidad. Para la equidad, con entrevistas a la salida se capturó la demografía (edad y pobreza), y el uso previo de anticonceptivos. Se utilizó el modelo de MSI “Impact 2” para estimar los resultados a nivel de la población convirtiendo los datos de servicio en resultados de salud estimados.	Uso de anticonceptivos	Resultados mixtos, en particular para los más pobres y los más jóvenes  “Lo social tiene la capacidad de ampliar rápidamente el acceso a servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos los ARAP, tanto para la población general como para las mujeres jóvenes y los pobres” (pág. 195).	Munroe y col., 2015

**Cuadro 2. Estudios de planificación familiar con intervenciones dirigidas a la equidad**

Intervención y país	Enfoque en la equidad	Metodología	Resultado de PF	Resultado de la equidad	Referencia
<p><b>Franquicia social con/sin vales, y partera comunitaria para el DIU – continuación (Pakistán)</b></p>	<p>Económica</p>	<p>Las que aceptaron el DIU de un modelo FS (con y sin vales) y un modelo de partera comunitaria se inscribieron para un seguimiento prospectivo de 24 meses de duración. Las participantes fueron seguidas por mujeres movilizadoras comunitarias cada dos meses. Se estimaron las probabilidades de continuar con el DIU y los factores de riesgo de interrupción analizando la tabla de vida y las técnicas de riesgo proporcional de Cox, respectivamente.</p>	<p>Tasas de interrupción del DIU</p>	<p>Las clientes con vales y sin vales del modelo de FS tenían tasas de interrupción del DIU similares.</p> <p>“Los proveedores privados de nivel medio capacitados y los agentes de divulgación, apoyados con vales para servicios gratuitos de DIU [para las mujeres necesitadas], en los programas de franquicias sociales pueden promover efectivamente la continuación del DIU. Los hallazgos también revelan que los ACS y las visitadoras de salud son igualmente capaces de proporcionar servicios de DIU de calidad y garantizar una mayor continuación con el método” (pág. 8).</p>	<p>Hameed y col., 2015</p>

Al revisar estos estudios se vieron variaciones en la definición de la equidad y en los resultados de planificación familiar para medir la equidad, aunque el uso de anticonceptivos es el más frecuente. Por ejemplo, en el estudio de Bajracharya y col. (2016) sobre el uso de vales para ARAP, el artículo sugiere una inequidad en el uso de anticonceptivos modernos, particularmente los ARAP en los países de ingresos bajos y medianos. La inequidad no está definida explícitamente, pero los autores afirman que en Camboya existen obstáculos financieros que dificultan a los pobres el acceso a los anticonceptivos modernos, especialmente a los ARAP. En Camboya se considera que una persona es pobre si tiene una tarjeta IDPoor (carné de pobre) que la hace elegible para participar en el programa Fondo de Equidad en Salud, “una estrategia para mejorar el acceso de los pobres a la atención médica” (Bajracharya 2016). La principal variable del resultado fue el uso de anticonceptivos modernos entre las mujeres actualmente casadas en edad reproductiva en los 12 meses anteriores a cada encuesta. Sin embargo, el análisis se centró en la adopción de ARAP. El estudio mostró que el mayor aumento de ARAP después de la intervención de entrega de vales se daba en las mujeres con los niveles más bajos de educación y en el quintil más pobre. El estudio sugiere que la entrega de vales puede ser una manera efectiva de dar acceso a los ARAP a las mujeres que de otra manera no podrían acceder a ellos por obstáculos socioeconómicos. Sin embargo, la preocupación en este estudio es diferenciar entre el uso igualitario de los ARAP en todos los niveles socioeconómicos y el acceso equitativo a los ARAP. Además, el estudio no aborda todos los aspectos de la equidad, ya que solo se centra en los posibles obstáculos financieros.

Otro ejemplo del uso de diferentes definiciones de equidad y resultados es la evaluación de Munroe y col. (2015) de las redes de franquicias sociales (FS) en la organización Marie Stopes International (MSI). Este estudio analizó el programa de franquicias sociales de MSI en 17 países en lo concerniente a cuatro resultados, entre los que se incluía la equidad. En este caso, la equidad se definió explícitamente como “la medida en que un programa garantiza que todos los posibles clientes tengan la misma oportunidad o una justa oportunidad de obtener servicios” (Munroe 2015). Los indicadores para medir este resultado fueron 1) proporción de clientes de planificación familiar que adoptan por primera vez en tres meses un método anticonceptivo moderno, es decir, que no habían utilizado un método moderno durante los tres meses anteriores a su visita, 2) proporción de clientes menores de 25 años y proporción menor de 20 años, y 3) proporción de clientes que viven con menos de US\$1,25/día y proporción que vive con menos de \$2,50/día. El estudio sacó una serie de conclusiones en términos de “salvar las brechas de equidad”. Por ejemplo, los resultados llevaron a concluir que MSI logra llegar al grupo desatendido de poblaciones más jóvenes; sin embargo, reconoce que la estructura de tarifas de un programa de franquicias sociales puede no ser el canal más adecuado para llegar a los jóvenes debido a sus posibles obstáculos financieros. El estudio también encontró resultados mixtos en llegar a clientes pobres debido a obstáculos financieros. Por último, el estudio tuvo resultados positivos en llegar a las mujeres que se consideraban nuevas adoptantes. A diferencia de algunos de los otros estudios, Munroe y col. (2015) proporcionaron una definición de equidad e indicadores a partir de los cuales extraer conclusiones más sucintas (véanse las definiciones e indicadores anteriores). Esto también disipó la confusión entre la equidad de acceso a los anticonceptivos y la igualdad de uso de los anticonceptivos entre los diferentes grupos.

Esta revisión encontró un número sorprendentemente bajo de estudios de intervención sobre la equidad en el área de planificación familiar, en comparación con la mayor abundancia de estudios sobre cambios en la equidad utilizando encuestas nacionales. Tal vez el horizonte temporal de las encuestas nacionales, que medían en décadas, sea más adecuado para detectar cambios en la equidad que los estudios de intervención, que tendían a ser de uno a dos años.

De los 86 estudios abarcados en la revisión bibliográfica que cubría todos los temas de salud, surgieron algunos temas comunes útiles. Uno de ellos es que mejorar la equidad lleva tiempo. Otro tema que surge de los estudios, incluidos algunos de los estudios de planificación familiar, es la necesidad de aplicar intervenciones del lado de la demanda junto con intervenciones del lado de la oferta para abordar las múltiples dimensiones de la inequidad. Por último, varios de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica pedían que la ciencia de la implementación investigara qué aspectos de las intervenciones mejoran la equidad.

Si bien cada uno de ellos tenía limitaciones, estos estudios, junto con los que examinan la equidad utilizando datos de encuestas nacionales o de otro tipo, y las pruebas más amplias sobre la equidad utilizadas en las reseñas PAI existentes, sirven para formular recomendaciones sobre cómo habría que abordar la equidad en la alianza PAI y en las reseñas PAI.

### ***Revisión de la equidad en las reseñas PAI existentes***

Por último, revisamos las 20 reseñas PAI (prestación de servicios, cambio de comportamiento social, entorno propicio y mejoras) elaborados a partir de enero de 2019. La equidad se menciona en 12 de los 20 resúmenes (véase el Anexo 1). Se mencionan aspectos de la equidad económica, social y geográfica. Las reseñas que se centran especialmente en la equidad incluyen las reseñas de prestación de servicios con vales, la divulgación o extensión a través de servicios móviles y los agentes de salud comunitarios o agentes comunitarios de la salud (ACS), y la reseña sobre el entorno propicio para la educación de las niñas.

## **Recomendaciones sobre cómo se debe definir la equidad para la Alianza PAI y medidas apropiadas para examinar las cuestiones de equidad**

### ***Medidas de equidad pertinentes para la planificación familiar***

Al designar una “práctica de alto impacto”, el principal resultado de interés de la Alianza PAI es el uso de los métodos anticonceptivos modernos. Las intervenciones asociadas con cada práctica de alto impacto se evalúan en busca de pruebas de impacto, según la intervención haya mejorado o no el uso de métodos anticonceptivos. Si bien el uso de anticonceptivos puede evaluarse bajo una óptica de equidad, no debería ser el único resultado que se evalúa para medir si los programas y servicios son equitativos.

Aun cuando los estudios que evalúan las diferencias en el uso de anticonceptivos y la fertilidad pueden arrojar luz sobre las diferencias que podrían ser inequitativas y que requieren una mayor investigación y posibles cambios en la programación, se requiere un mayor análisis para evaluar dónde las diferencias

son inequitativas. Ugaz y col. (2016: 53), observaron eso en un estudio sobre el uso de métodos permanentes y de acción prolongada (MPAP), y manifiestan que “la relación positiva entre la riqueza y el uso de MPAP es un tema de preocupación, ya que puede indicar que hay una inequidad en el acceso a los MPAP en los países en desarrollo... También es posible que las mujeres más pobres simplemente tengan preferencias diferentes” (Ugaz y col., 2016: 52). En su análisis de los mCPR, la demanda satisfecha y las tendencias de fertilidad en cuatro países, Patierno, Feranil y Reidy (2018: 3) señalan que en Ghana y Etiopía, “las disparidades en la fertilidad basadas en el nivel económico parecen ser parcialmente determinadas por el deseo de las mujeres más pobres de tener más hijos.” Por lo tanto, las diferencias pueden reflejar otros factores, y no solo inequidades. De hecho, a diferencia de muchos problemas de salud, el uso de anticoncepción o de un método en particular podría estar muy influenciado por creencias y valores culturales, por lo que las diferencias entre los grupos pueden no reflejar inequidad. Para determinar qué proporción de las diferencias de los grupos son verdaderas inequidades se necesita un análisis riguroso. Además de utilizar el marco del derecho a la salud con una óptica de justicia, también es importante evaluar las diferencias en la exposición de los grupos a las intervenciones de planificación familiar y la exposición a información y servicios de planificación familiar de calidad.

Para evaluar el progreso equitativo hacia los objetivos de los proyectos, sean nacionales o mundiales, es importante poder demostrar que los resultados de los grupos desfavorecidos mejoran al mismo ritmo o más rápido que los resultados observados en grupos más acomodados, estableciendo así la necesidad de contar con un nivel de base (Wirth y col., 2006). Whitehead y Dalhgren (2006) lo llaman “emparejar hacia arriba,” o dirigir el trabajo hacia el grupo menos favorecido, avanzando hacia los resultados del grupo más favorecido. Utilizando datos de encuestas nacionales de seis países, Wirth y col. (2006) muestran que no hay patrones consistentes de mCPR estratificados por el nivel socioeconómico, educativo o el lugar de residencia, lo que ilustra la necesidad de evaluar múltiples dimensiones de la inequidad y no extraer inferencias de un solo indicador. Los estudios sobre planificación familiar apoyan la necesidad de evaluar múltiples indicadores (Patierno y col., 2018; OMS, 2015; Madsen y Greenbaum, 2018).

Hooseinpoor y col. (2014: 1) plantean estrategias para monitorear muchas inequidades en salud relacionadas con la cobertura de salud universal. Destacan que es preciso examinar tanto las brechas como las medidas absolutas de desigualdad. Hacen hincapié en la importancia de evaluar múltiples dimensiones de la equidad, afirmando que “el grado de desigualdad puede variar considerablemente en diferentes dimensiones, como la situación económica, la educación, el sexo y la residencia urbana o rural.” Tanto en los sistemas de seguimiento y de evaluación como en las investigaciones sobre las intervenciones que pretenden mejorar la equidad, deben recopilarse datos suficientes para poder desagregar o controlar para diferentes dimensiones de la inequidad que sean pertinentes para el contexto en el que se recopilan los datos. En su lista de indicadores de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, la Evaluación MEASURE incluye una discusión sobre la pobreza y la equidad relacionada con los indicadores mCPR y la necesidad insatisfecha de planificación familiar (es de destacar que la demanda satisfecha no está incluida en la lista de indicadores).

Los expertos que escriben sobre la equidad coinciden en que los programas necesitan enfocarse en la ella, ya que no es algo que suceda simplemente como resultado de otros esfuerzos de desarrollo (MCHIP, 2011). Alkenbrack y col. (2015:17) manifiestan que “los mejores ejemplos de mejoras en la equidad de

salud no provienen de países en los que el crecimiento económico ha sido mayor, sino de países donde se han puesto en marcha reformas específicas para dar cobertura a los pobres, como es el caso de Camboya. Asimismo, UNFPA (2017) señala que para abordar la inequidad puede requerirse prestar atención a las leyes, políticas y programas, además de las normas sociales y de género. Gillespie y col. (2007) explican que el uso de una perspectiva de equidad para la programación debe hacerse con cuidado. En algunos países es evidente que hay que abordar las inequidades entre los distintos grupos; en otros países se necesitan mejoras en la programación de planificación familiar para todos los grupos.

Por lo tanto, basándose en el contenido general de este documento de discusión, el grupo de trabajo sobre equidad GTA de PAI emite esta recomendación global:

*La planificación familiar enfrenta muchos desafíos singulares relacionados con la evaluación y respuesta a cuestiones de equidad. Por lo tanto, a la comunidad internacional de planificación familiar le serviría contar con plataformas y grupos que pudieran colaborar con una reflexión continua y profunda sobre cuestiones que se destaquen, como seguir explorando cómo se definen y evalúan las inequidades relacionadas con la planificación familiar, cuáles son los métodos e indicadores apropiados para evaluar la inequidad en la provisión de anticonceptivos y el acceso a la información, ¿cómo puede el análisis de la equidad tener en cuenta las preferencias, la elección y el voluntarismo? ¿cómo puede el análisis de la equidad incorporar aspectos de la posición social más allá del nivel económico, como la dinámica de género, las oportunidades educativas, las diferencias geográficas, etc.? Será importante conectarse con los esfuerzos actuales como los apoyados por la OMS y la OPS para comprender y abordar las inequidades.*

En lo que se refiere a las conclusiones del documento de reflexión, el Grupo recomienda al GTA de PAI que adopte lo siguiente:

### **Definición y medición de la inequidad:**

Está más allá de la órbita del GTA de PAI definir cómo se determinan las inequidades, y el GTA alienta a la comunidad de planificación familiar a continuar trabajando en este tema (véase la recomendación general anterior). Mientras tanto, el grupo sugiere que el GTA adopte la definición de equidad de la OMS para futuras discusiones y trabajos:

*“La equidad es la ausencia de diferencias evitables, injustas o corregibles entre grupos de personas, ya sea que esos grupos se definan social, económica, demográfica, geográficamente o por otros medios de estratificación. Los términos 'equidad sanitaria' o 'equidad en la salud' implican que, idealmente, todo el mundo debería tener una oportunidad justa de alcanzar todo su potencial de salud y que nadie debe estar en desventaja para alcanzar este potencial”.*  
[https://www.who.int/topics/health\\_equity/en/](https://www.who.int/topics/health_equity/en/)

En particular, el GTA adopta este marco que define la inequidad como aquellos casos en los que las diferencias de los resultados son **evitables, innecesarios e injustos**. Además, el GTA considera útiles las medidas específicas descritas por Gillespie y col. (2007):

- Los resultados deben estar presentes desproporcionadamente en una población desfavorecida en relación con los segmentos de población con mejor nivel económico;



- Los resultados deben ser subsanables mediante intervenciones eficaces;
- Los resultados deben ser indeseables; y
- Las intervenciones para aliviar o disminuir esta condición deben estar menos disponibles para la población desfavorecida

Se reconoce que esta definición y las medidas recomendadas se irán perfeccionando con el tiempo y que el GTA debería incorporar mejoras según proceda.

La equidad debe abordarse en todas las reseñas, dada su importancia para la ampliación del acceso universal y el cumplimiento del derecho al más alto nivel de salud. Es importante que los autores utilicen los marcos de equidad cuando elaboren esas reseñas, para asegurar que se considere cuidadosamente la equidad y que se la tenga en cuenta en las reseñas según corresponda. En la Tabla A1 del Anexo 1 se presenta un resumen de la forma en que se aborda la equidad en las reseñas actuales de PAI; puede aportar información útil a los autores. Si la equidad no constituye un foco de la práctica, eso debe constar en la reseña.

El GTA reconoce que puede haber poca evidencia sobre la equidad para incluir en los informes, pero esperamos que todos los autores exploren este tema a medida que elaboran la reseña. En particular:

***Al elaborar y redactar las reseñas PAI, los autores deben responder a las medidas específicas descritas por Gillespie y col. (2007):***

- deben definirse claramente la población desfavorecida y los segmentos de población “económicamente más favorecidos” con los que se los va a comparar.
- La condición o causa de la inequidad observada debe expresarse explícitamente, y se debe presentar evidencia que la condición está menos disponible para los desfavorecidos que la población con mejor nivel económico.
- Debe estar claro que la práctica alivia o disminuye esta condición.

***El GTA debe abogar para que al informar sus análisis sobre la equidad, los investigadores, analistas de datos y autores incluyan enfoques más sólidos para el análisis de la equidad y que utilicen los puntos de Gillespie y col. (2007) arriba descritos y los siguientes puntos:***

- Incorporar medidas de equidad que vayan más allá del uso de anticonceptivos modernos. Otras medidas podrían incluir: demanda satisfecha de anticoncepción (que incluye una dimensión de la demanda - necesidad insatisfecha), embarazo/maternidad involuntarios o que no ocurren en el momento más apropiado, y fertilidad por encima del tamaño ideal de familia.
- Incluir medidas que rastreen las condiciones o causas de inequidad, tales como **el acceso** a servicios, métodos e información; y la **calidad** medida por la satisfacción de los clientes, la atención respetuosa y el trato equitativo.
- También podrían incluirse determinantes sociales adicionales, incluida la inequidad de género, según proceda.

Una recomendación final es que sería bueno que este documento de debate viniera acompañado de una Guía para la Planificación estratégica de la Alianza PAI sobre equidad que ayude a los programas a entender mejor cómo evaluar la equidad y a identificar respuestas basadas en evidencia para reducir/abordar las inequidades.

**Suggested Citation:** High Impact Practices in Family Planning (HIPs). Discussion Paper on Equity for the HIP Partnership. Washington, DC: HIPs Partnership; 2019 June. Available from: <https://www.fphighimpactpractices.org/discussion-paper-on-equity-for-the-hip-partnership/>

## Recursos sobre programación y medición de la equidad

### **Programación:**

Achieving Health Equity: A Guide for Health Care Organizations - Wyatt R, M Laderman, L Botwinick, K Mate, and J Whittington. 2016. *IHI White Paper*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Achieving-Health-Equity.aspx>

Equity and Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean from 1995 to 2005: Approaches and Limitations - International Society for Equity in Health - Chapter of the Americas. 2008. Report with a useful table of interventions for equity. [http://resources.jhpiego.org/system/files/resources/Equity%20guidance\\_090111\\_formatted\\_final\\_0.pdf](http://resources.jhpiego.org/system/files/resources/Equity%20guidance_090111_formatted_final_0.pdf)

Equity Framework for Health - Health Policy Project (HPI)

Priority Public Health Conditions Analytic Framework - Blas, E., and A.S. Kurup. 2010. Equity, Social Determinants and Public Health Programs. Geneva: WHO [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

### **Medición:**

Addressing Poverty. A guide for Considering Poverty-related and Other Inequities in Health - MEASURE Evaluation. 2012. MS-08-27. <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-08-27>

Health Equity Assessment Toolkit Plus (HEAT Plus): software for exploring and comparing health inequalities using uploaded datasets - Ahmad Reza Hosseinpoor, Anne Schlottheuber, Devaki Nambiar and Zev Ross. *Global Health Action*, 2018 Vol. 11, 1440783 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6041818/pdf/zgha-11-1440783.pdf>

Quick Poverty Score - MEASURE Evaluation. ND. Disponible en español para algunos países <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/poverty/quick-poverty-score>

## Referencias

- Ahmed S, Creanga AA, Gillespie DG, Tsui AO. Economic status, education and empowerment: Implications for maternal health service utilization in developing countries. *Plos ONE*. 2010;5(6):1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0011190>
- Alkenbrack S, Chaikin M, Zeng W, Couture T, Sharma S. Did equity of reproductive and maternal health service coverage increase during the MDG era? An analysis of trends and determinants across 74 low- and middle-income countries. *Plos ONE*. 2015;10(9):e-134905. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134905>
- Bajracharya A, Veasnakiry L, Rathavy T, Bellows B. Increasing uptake of long-acting reversible contraceptives in Cambodia through a voucher program: Evidence from a difference-in-differences analysis. *Glob Health Sci Pract*. 2016;4(Suppl 2):S109-21. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00083>
- Barros AJ, Ronsmans C, Axelson H, Loaiza E, Bertoldi AD, França GV, Bryce J, Boerma JT, Victora CG. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: A retrospective review of survey data from 54 countries. *Lancet*. 2012;379:1225-1233. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60113-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60113-5)
- Barros FC, Victora CG, Scherpbier RW, Gwatkin D. Social determinants and public health programs in health and nutrition of children: Equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, eds. *Equity, Social Determinants and Public Health Programs*. Geneva: WHO; 2010. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970_eng.pdf). Accessed July 3, 2019.
- Binyaruka P, Patouillard E, Powell-Jackson T, Greco G, Maestad O, Borghi J. Effect of paying for performance on utilisation, quality, and user costs of health services in Tanzania: A controlled before and after study. *PLoS One*. 2015;10(8):e0135013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135013>
- Blas E, Kurup AS. Equity, social determinants and public health programs. Geneva: WHO; 2010. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970_eng.pdf). Accessed July 2, 2019.
- Bonfrer I, Soeters R, Van de Poel E, Basenya O, Longin G, van de Looij F, van Doorslaer E. Introduction of performance-based financing in Burundi was associated with improvements in care and quality. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(12):2179-87. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0081>
- Braveman P. What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Rep*. 2014;129(Suppl 2):5-8. <https://doi.org/10.1177/003335491412915203>
- Braveman P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. *Bull World Health Organ*. 2003;81:539-545. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572503/pdf/12973647.pdf>
- Chakraborty, NM, Firestone R, Bellows M. Equity monitoring for social marketing: Use of wealth quintiles and the concentration index for decision making in HIV prevention, family planning, and malaria programs. *BMC Public Health*. 2013;13(Suppl 2):S6. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S2-S6>
- Engineer CY, Dale E, Agarwal A, et al. Effectiveness of a pay-for-performance intervention to improve maternal and child health services in Afghanistan: A cluster-randomized trial. *Int J Epidemiol*. 2016;45(2):451-59. <https://doi.org/10.1093/ije/dyv362>

Family Planning 2020. Rights and empowerment principles for family planning.

[http://www.familyplanning2020.org/sites/default/files/rights-based-fp/FP2020\\_Statement\\_of\\_Principles\\_FINAL.pdf](http://www.familyplanning2020.org/sites/default/files/rights-based-fp/FP2020_Statement_of_Principles_FINAL.pdf). Accessed July 2, 2019.

Flores W. Equity and health sector reform in Latin America and the Caribbean from 1995 to 2005: Approaches and limitations. International Society for Equity in Health - Chapter of the Americas; 2006.

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/equity.pdf>. Accessed July 3, 2019.

Foreit K. Addressing Poverty. A guide for considering poverty-related and other inequities in health.

Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2012. <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-08-27>. Accessed July 3, 2019.

Gillespie D, Ahmed S, Tsui A, Radloff S. Unwanted fertility among the poor: An inequity? *Bull World Health Organ.* 2007;85(2):100-107. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636279/pdf/06-033829.pdf>.

Gwatkin, DR. 10 best resources on...health equity. *Health Policy Plan.* 2007;22:348-351.

<https://doi.org/10.1093/heapol/czm028>

Hameed W, Azmat SK, Ishaque M, et al. Continuation rates and reasons for discontinuation of intra-uterine device in three provinces of Pakistan: Results of a 24-month prospective client follow-up. *Health Res Policy Syst.* 2015;13(1):S53. <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0040-9>

Futures Group, Health Policy Initiative (HPI). Equity framework for health. Washington, DC: HPI; 2010.

[http://www.healthpolicyplus.com/archive/ns/pubs/hpi/1271\\_1\\_EQUITY\\_Overview\\_Poster\\_FINAL\\_Sept\\_2010\\_acc.pdf](http://www.healthpolicyplus.com/archive/ns/pubs/hpi/1271_1_EQUITY_Overview_Poster_FINAL_Sept_2010_acc.pdf). Accessed July 2, 2019.

Hosseinpour AR, Schlotheuber A, Nambiar D, Ross Z. Health Equity Assessment Toolkit Plus (HEAT Plus) software for exploring and comparing health inequalities using uploaded datasets. *Glob Health Action.* 2018;11(Suppl 1):1440783.

<https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1440783>

Hosseinpour AR, Bergen N, Koller T, et al. Equity-oriented monitoring in the context of universal health coverage. *Plos Med.* 2014;11(9):1-9.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001727>

Hotchkiss DR, Godha D, Do M. Effect of an expansion in private sector provision of contraceptive supplies on horizontal inequity in modern contraceptive use: Evidence from Africa and Asia.

*International Journal for Equity in Health.* 2011;10(33):1-11. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-33>

International Business and Technical Consultants. USAID Kenya end-of-project evaluation of APHIAplus Health Communication and Marketing Program. Vienna, VA: International Business & Technical Consultants, Inc.; 2015.

[http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/pa00km19.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pa00km19.pdf). Accessed July 2, 2019.

International Planned Parenthood Federation (IPPF). Under-served and over-looked: Prioritizing contraceptive equity for the poorest and most marginalized women and girls. London: IPPF; 2017.

[https://www.ippf.org/sites/default/files/2017-07/IPPF\\_Underserved\\_Overlooked.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/2017-07/IPPF_Underserved_Overlooked.pdf). Accessed July 3, 2019.

Jain AK, Hardee K. Revising the FP quality of care framework in the context of rights-based family planning. *Stud Fam Plann.* 2018;49(2):171-179. <https://doi.org/10.1111/sifp.12052>

Johns Hopkins Center for Communication Programs. Health Communication Capacity Collaborative (HC3). Gender equity and family planning outcomes in health communications programs: A secondary analysis. Baltimore, MD: HC3; 2015. <https://healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2015/04/Gender-Equity-and-Family-Planning-Outcomes-in-Health-Communication.pdf>. Accessed July 2, 2019.

Koseki S, Klein K. Sustainable growth of Uganda's family planning market through improved private sector engagement: A political economy analysis. Washington, DC: Health Policy Plus; 2018. [http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/8214-8378\\_UgandaPEABrief.pdf](http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/8214-8378_UgandaPEABrief.pdf). Accessed July 3, 2019.

Madsen EL, Greenbaum C. Family planning equity among youth: Where are we now? Washington, DC: Population Reference Bureau; 2018. <https://www.prb.org/family-planning-equity-among-youth-where-are-we-now/>. Accessed July 3, 2019.

Malarcher S, Olson LG, Hearst N. Unintended pregnancy and pregnancy outcome: Equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS. Equity, Social Determinants and Public Health Programs. Geneva: WHO; 2010:177-197. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970_eng.pdf). Accessed July 3, 2019.

Marmot M. Health in an unequal world: Social circumstances, biology and disease." *Clin Med (Lond)*. 2006;6(6):559-572. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.6-6-559>

Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP). Considerations for incorporating health equity into project design: A guide for community-oriented maternal, neonatal and child health programs. Washington, DC: MCHIP; 2011. [https://www.mchip.net/sites/default/files/Equity%20guidance\\_090111\\_formatted\\_final.pdf](https://www.mchip.net/sites/default/files/Equity%20guidance_090111_formatted_final.pdf). Accessed July 3, 2019.

MEASURE Evaluation. Quick Poverty Score. <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/poverty/quick-poverty-score>. Accessed July 3, 2019.

Munroe E, Hayes B, Taft J. Private-sector social franchising to accelerate family planning access, choice, and quality: Results from Marie Stopes International." *Glob Health Sci Pract*. 2015;3(2):195-208. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00056>

Neal SE, Chandra-Mouli V, Chou, D. Adolescent first births in East Africa: Disaggregating characteristics, trends and determinants. *Reprod Health*. 2015;12(13):1-13. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-13>

Neal S, Ruktanonchai C, Chandra-Mouli V, Matthews Z, Tatem AJ. Mapping adolescent first births within three East African countries using data from Demographic and Health Surveys: Exploring geospatial methods to inform policy. *Reprod Health*. 2016;13(98):1-29. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0205-1>

Neal S, Harvey C, Chandra-Mouli V, Caffè S, Camacho AV. Trends in adolescent first births in five countries in Latin America and the Caribbean: Disaggregated data from demographic and health surveys. *Reprod Health*. 2018;15(146):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0578-4>

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR); World Health Organization (WHO). The Right to Health. Geneva: OHCHR; 2008. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>. Accessed July 3, 2019.

Patierno K, Feranil I, Reidy M. Enhancing family planning equity for inclusive economic growth and development. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2018. [https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/04/EnhancingFPEquityForDev\\_2018.pdf](https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/04/EnhancingFPEquityForDev_2018.pdf). Accessed July 3, 2019.

PATH. Enhancing Equity and Sustainability of Public Sector Family Planning Through Total Market Approaches. Seattle, WA: PATH; 2013. [https://path.azureedge.net/media/documents/RH\\_enh\\_equity\\_sustain\\_fp\\_fs.pdf](https://path.azureedge.net/media/documents/RH_enh_equity_sustain_fp_fs.pdf). Accessed July 3, 2019.

Population Services International (PSI), Research Division. Cambodia (2005): MAP study evaluating coverage and quality of coverage of hormonal contraceptives and condoms in urban and rural areas. First round. Washington, DC: PSI, Research Division; 2005. <https://doi.org/10.7910/DVN/27415>

Priedeman Skiles M, Curtis SL, Basinga P, Angeles G. An equity analysis of performance-based financing in Rwanda: Are services reaching the poorest women? *Health Policy Plann.* 2013;28(8):825-37. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs122>

Ross, J. Improved reproductive health equity between the poor and the rich: An analysis of trends in 46 low- and middle-income countries." *Glob Health Sci Pract.* 2015;3(3):410-445. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00124>

Rutstein S, Saveteig S. Making the Demographic and Health Surveys Wealth Index Comparable. Rockville, MD: ICF International; 2014. <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/MR9/MR9.pdf>. Accessed July 3, 2019.

Shah IH, Chandra-Mouli V. Inequality and unwanted fertility in developing countries. *Bull World Health Organ.* 2007;85(2):86. <https://doi.org/10.2471/blt.06.037366>

Shiferaw S, Spigt M, Seme A, et al. Does proximity of women to facilities with better choice of contraceptives affect their contraceptive utilization in rural Ethiopia? *Plos One.* 2018;13(1):1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192258>

Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet.* 2018;391:2542-2692. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)

Stratton S, Askew I, Eber M. Reaching the underserved: Guidance for evaluating evidence for inclusion in HIP briefs. 2015. Draft.

Taylor G, Khan S, Hughes C, Fraser E. International Planned Parenthood Federation DFID PPA Mid-Term Independent Progress Review. [London]: Social Development Direct; 2012. [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_ipr\\_final\\_synthesis\\_report\\_2012\\_with\\_annexes.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_ipr_final_synthesis_report_2012_with_annexes.pdf). Accessed July 3, 2019.

Ugaz J, Chatterji M, Gribble JN, Banke K. Is household wealth associated with use of long-acting reversible and permanent methods of contraception? A multi-country analysis. *Glob Health Sci Pract.* 2016;4(1):43-54. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00234>

UNFPA. Worlds Apart: Reproductive health in an age of inequality. State of the World Population 2017. New York: UNFPA; 2017.

[https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/UNFPA\\_PUB\\_2017\\_EN\\_SWOP.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/UNFPA_PUB_2017_EN_SWOP.pdf). Accessed July 3, 2019.

United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). General comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). Geneva: CESCR; 2009.

<https://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html>. Accessed July 2, 2019.

United States Agency for International Development (USAID). Equity in health. USAID website.

<https://www.usaid.gov/global-health/global-health-newsletter/equity-in-health>. Published January 2, 2018.

Updated July 3, 2019. Accessed July 3, 2019.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22(3):429-445.

<https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>

Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Leveling up part 1. Copenhagen, Denmark: WHO; 2006.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74737/E89383.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf). Accessed July 3, 2019.

World Health Organization (WHO). The state of inequality reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: WHO; 2015.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164590/9789241564908\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164590/9789241564908_eng.pdf). Accessed July 3, 2019.

World Health Organization (WHO). Health equity. WHO website.

[https://www.who.int/topics/health\\_equity/en/](https://www.who.int/topics/health_equity/en/). Accessed July 3, 2019.

Wirth ME, Balk D, Delamonica E, Storygard A, Sacks E, Minujin A. Setting the stage for equity-sensitive monitoring of the maternal and child health Millennium Development Goals. *Bull World Health Organ.* 2006;84:519-527. <https://doi.org/10.2471/blt.04.019984>

Wumenu J, Reichwein B, Ngo TD, Footman K. Measuring poverty for optimal FP2020 programming. London: Marie Stopes International; 2015. <https://mariestopes.org/media/2123/measuring-poverty-for-optimal-fp2020-programming.pdf>. Accessed July 3, 2019.

Wyatt R, Laderman M, Botwinick L, Mate K, Whittington J. Achieving health equity: A guide for health care organizations. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2016.

<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Achieving-Health-Equity.aspx>. Accessed July 3, 2019.

## Anexo 1 Menciones de equidad en las reseñas de PAI

Varias reseñas PAI elaboradas a junio de 2019 mencionan la equidad. Una revisión de cómo se incluye la equidad en las reseñas servirá para orientar una inclusión más sistemática de la equidad en el futuro. Como se muestra en la Tabla A1, de las ocho reseñas PAI sobre prestación de servicios, cinco mencionan que la práctica mejora distintas dimensiones de la equidad (las reseñas sobre los agentes comunitarios de la salud, el mercadeo social, los servicios móviles de extensión, las franquicias sociales, Droguerías y Farmacias mencionan la equidad, mientras que las reseñas sobre Planificación Familiar Posparto, Atención Postaborto y Planificación Familiar e Integración de las Vacunaciones no mencionan la equidad). De las seis reseñas PAI sobre el entorno propicio, tres mencionan la equidad (las reseñas sobre Finanzas domésticas, Gestión de la cadena de suministros y Educación de las niñas mencionan la equidad, mientras que las reseñas sobre Compromiso de Galvanización, Política, y Liderazgo y Gestión no mencionan la equidad). De las tres reseñas PAI sobre el Cambio del comportamiento social, Medios de comunicación; Salud digital para el cambio social y de comportamiento; y Compromiso de grupo comunitario, ninguno menciona la equidad. Los tres Mejoras de PAI (Vales, Servicios de Anticoncepción Adaptados a los Adolescentes y Salud Digital para el Fortalecimiento de los Sistemas) todas mencionan la equidad. El resumen de evidencia sobre la educación de las niñas también menciona la equidad.

Las equidades económica, social y geográfica están mencionadas en las reseñas PAI. Por ejemplo, entre las PAI de Prestación de servicios, el informe sobre los Agentes comunitarios de la Salud destaca la importancia de la práctica para hacer frente a las barreras de acceso geográfico causadas por la escasez de personal de salud, las barreras financieras, las barreras sociales que inhiben el uso, y la movilidad limitada por las normas sociales. Las reseñas sobre Mercadeo social, Servicios Móviles y Farmacias y droguerías establecen que esas prácticas abordan las barreras económicas geográficas y sociales (edad y género). La reseña sobre Franquicias sociales menciona la llegada a los jóvenes, y la reseña sobre Vales<sup>2</sup> menciona el encare de las barreras de edad y educación, además de la equidad económica. Entre las reseñas sobre el entorno propicio, la reseña sobre Recursos domésticos incluye la equidad en su teoría del cambio, señalando que el aumento de la equidad será uno de los resultados del aumento de los recursos domésticos (aunque la reseña no dice cómo sucederá). La reseña sobre la educación de las niñas señala que hacerlo “ayuda a mejorar la equidad de género al aumentar la capacidad de acción y empoderar a las niñas para que participen en la toma de decisiones que afectan a sus familias y al desarrollo de sus comunidades”. De las dos Mejoras, el informe sobre Servicios de anticoncepción adaptados a los adolescentes menciona la equidad de género y la reseña sobre Salud Digital para Sistemas<sup>3</sup> menciona la segmentación de los usuarios en grupos, lo que alude brevemente a la equidad.



**Cuadro A1. Menciones de equidad en reseñas PAI elaboradas a partir de enero de 2019**

Reseña PAI	Dimensiones de la equidad	Declaraciones clave sobre equidad y sección de la reseña PAI	Evidencia
<b>Prestación de servicios<sup>1</sup></b>			
<b>Agentes comunitarios de la salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras de acceso geográfico causadas por la escasez de personal sanitario</li> <li>• Obstáculos financieros</li> <li>• Barreras sociales que inhiben el uso</li> <li>• Movilidad limitada por las normas sociales</li> </ul>	“Los ACS son particularmente importantes para reducir las inequidades en el acceso a los servicios, trayendo información, servicios y suministros a las mujeres y a los hombres en las comunidades donde viven y trabajan, en lugar de exigirles que acudan a los centros de salud, que les pueden quedar lejos o a los que no pueden acceder de otro modo” ( <i>Antecedentes</i> )	<p>Guatemala: las mujeres que recurrían a los ACS tendían a ser indígenas.</p> <p>Etiopía y Uganda: los clientes de ACS tienden más a ser solteros que los clientes de las clínicas.</p>
<b>Mercadeo social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso geográfico</li> <li>• Socioeconómico (edad, género)</li> </ul>	“El mercadeo social ayuda a reducir las disparidades geográficas y socioeconómicas en el uso de la planificación familiar” ( <i>¿Por qué es importante la práctica?</i> )	Los datos de la EDS muestran que incluso entre las personas más pobres de los países más pobres, un número significativo recibe servicios del sector privado, gran parte de ellos por mercadeo social.
		“El mercadeo social ayuda a llegar a los jóvenes desatendidos” ( <i>¿Por qué es importante la práctica?</i> )	<p>Los adolescentes generalmente prefieren recibir anticonceptivos del sector privado; consideran que les ofrece más privacidad.</p> <p>El mercadeo social proporciona servicios subvencionados para mejorar la accesibilidad de los pobres y jóvenes (por ejemplo, en Bangladesh).</p>
<b>Franquicia social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equidad socioeconómica</li> </ul>	“La franquicia social ayuda a los proveedores privados a incorporar servicios de anticoncepción adaptados al	Estudios realizados en Kenia y Madagascar demuestran que la formación de franquicias sobre principios amigables a los jóvenes e incluir a los

	(edad; llegada a los jóvenes)	adolescente". (Evidencia de que la práctica es de alto impacto)	jóvenes en la estrategia de mercadeo puede aumentar el uso de anticonceptivos modernos, incluido el uso voluntario de los ARAP entre los jóvenes de ambos sexos.
<b>Servicios móviles de extensión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equidad geográfica- a los servicios y a los proveedores</li> <li>• Equidad socioeconómica</li> </ul>	Los servicios móviles de extensión abordan las inequidades en el acceso a los servicios y productos básicos de planificación familiar con el fin de ayudar a las mujeres y los hombres a satisfacer sus necesidades de salud reproductiva (Antecedentes)	
		Los servicios móviles de extensión atienden a las comunidades con acceso limitado a proveedores e insumos clínicos (¿Qué desafíos aborda la práctica?)	En el Informe sobre la salud mundial (2006) se identificaron 57 países que enfrentan una escasez crítica de personal sanitario. Además de desplegar prestadores clínicos capacitados, los modelos de prestación de servicios móviles de extensión garantizan un suministro confiable de productos anticonceptivos, insumos médicos y equipos necesarios para ofrecer una gama completa de opciones de planificación familiar.
		Los servicios móviles de extensión llegan a poblaciones nuevas y desatendidas, acercando los servicios de salud a los clientes (¿Qué desafíos aborda la práctica?)	En 2012, en el África subsahariana, 42% de los clientes de servicios móviles de extensión de una organización no gubernamental (ONG) internacional vivían con menos de US\$1,25 por día, en comparación con 17% y 13% de los clientes de clínicas estáticas y franquicias sociales, respectivamente.
		Cuando se implementan a escala, y con atención a la prestación de servicios de alta calidad, las comunidades atendidas por los servicios móviles de extensión aumentan el uso de anticonceptivos modernos. (¿Cuál es el impacto?)	Un estudio realizado en Zimbabue concluyó que los servicios móviles de extensión "tienen un poderoso efecto" sobre el uso de anticonceptivos. Después de controlar por las características sociales y económicas, los investigadores encontraron que la exposición a los servicios móviles de extensión tuvo la misma magnitud de efecto en el uso actual y de algún momento de anticonceptivos que tener un hospital general en la zona. El estudio también encontró que las unidades móviles de planificación familiar tuvieron

			<p>su mayor impacto entre los pobres, ya que parecen atender a las mujeres con bajo nivel educativo.</p> <p>En Túnez, un estudio concluyó que, aunque se utilizaba una cuarta parte del presupuesto nacional operativo destinado a la planificación familiar para apoyar el programa de extensión móvil, las unidades móviles contribuían con un tercio de lo logrado en total con el programa nacional. Más importante aún, las unidades móviles contribuyeron con una proporción aún mayor de las actividades del programa nacional en las zonas rurales y desempeñaron un papel fundamental en la ampliación de la cobertura geográfica de los servicios de planificación familiar.</p>
<b>Farmacias y droguerías</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equidad geográfica - áreas desatendidas</li> <li>• Equidad socioeconómica - edad (llegar a los jóvenes) y género (llegar a los hombres)</li> </ul>	<p>Las droguerías, en particular, allanan los obstáculos al acceso a la planificación familiar en zonas desatendidas (<i>¿Por qué es importante esta práctica?</i>)</p>	<p>En los países donde se permite vender medicamentos y productos medicinales en droguerías, estos suelen ser más comunes que las farmacias, lo que puede reducir las barreras de traslados y de distancia. Los estudios muestran que los clientes a menudo encuentran que los proveedores privados, como los operadores de droguerías, les resultan más aceptables que las clínicas del sector público.</p> <p>Los proveedores privados ofrecen a los clientes mayor proximidad, conveniencia, flexibilidad de horarios y capacidad de respuesta a sus necesidades que las clínicas del sector público.</p>
		<p>Las farmacias y droguerías son los proveedores preferidos por algunas poblaciones marginadas o desatendidas, entre quienes se incluyen hombres y jóvenes (<i>¿Cuál es el impacto?</i>)</p>	<p>Las droguerías son convenientes para hombres y niños que pueden estar menos dispuestos a ir a clínicas o farmacias, especialmente si tienen que recorrer distancias más largas.</p> <p>Los hombres en la India citaron a las farmacias como su fuente principal para la obtención de condones.</p> <p>Estudios de Zambia, El Salvador, Estados Unidos y el Reino Unido han demostrado que los jóvenes se</p>

			<p>sienten más cómodos obteniendo anticonceptivos de las farmacias que de las clínicas, a las que consideran más intimidantes y moralizantes.</p> <p>En Bangladesh, la mayoría de los adolescentes de 10 a 18 años utilizan anticonceptivos comercializados socialmente que obtienen de puntos de venta en farmacias en comparación con menos de un tercio de las mujeres de 19 años o mayores.</p>
<b>Entorno propicio<sup>2</sup></b>			
<b>Recursos nacionales</b>	No especificado	La Teoría del Cambio señala que el aumento de la equidad será uno de los resultados del aumento de los recursos internos.	
<b>Gestión de la cadena de suministros (GCS)</b>	No especificado	Fortalecer las cadenas de suministro hasta la última milla. La distribución basada en la comunidad (DBC) ofrece el potencial de aumentar significativamente el acceso y el uso de los servicios de planificación familiar, en particular por parte de grupos desatendidos. Aunque estos programas a menudo han establecido mecanismos para capacitar y supervisar a los trabajadores a cargo de la DBC, por lo general dedican recursos limitados a la GCS. Los programas de CBD tienen características inherentes que requieren consideraciones particulares en la cadena de suministro, como el nivel educativo del distribuidor, la condición de voluntariado o de trabajo a tiempo parcial, y el acceso al reabastecimiento. <i>(Cómo hacerlo. Consejos de experiencia en implementación)</i>	

<b>Educación a las niñas</b>	Social	<p>Aunque las disparidades de género en materia educativa se están reduciendo [todavía requieren atención]. Los gobiernos y sus colaboradores pueden invertir en cambios estructurales que faciliten el acceso a la educación formal, como las normas de género equitativas, el empoderamiento económico y la promoción de comportamientos saludables. <i>(Antecedentes)</i></p>	<p>La UNESCO estima que sólo 29% de los niños en edad de asistir a la escuela primaria viven en países que han alcanzado la paridad de género (es decir, igual participación de niñas y niños en los centros educativos) en el nivel secundario inferior, y sólo 15% viven en países con paridad de género en la educación secundaria superior.</p>
		<p>Las inversiones complementarias en materia de educación y planificación familiar pueden acelerar la transición de la fertilidad y facilitar el desarrollo. <i>(¿Cuál es el impacto?)</i></p>	<p>Un modelo de proyección demográfica con datos de la India predijo que invertir en programas de educación y planificación familiar tendría mayor impacto en la desaceleración del crecimiento de la población que si se invierte en un solo aspecto, y que si estas inversiones se hacen juntas, tendrán efectos de gran alcance en la equidad de género y el crecimiento económico.</p>
		<p>Involucrar a las comunidades para cambiar las normas sociales que desvalorizan a las niñas y su educación. <i>(¿Qué da buenos resultados para mantener a las niñas en la escuela?)</i></p>	<p>En un estudio realizado en siete países africanos, casi la mitad de todos los padres encuestados creían que la escolarización de las niñas planteaba ciertas desventajas.</p> <p>La falta de apoyo social desalienta a las niñas de asistir a la escuela, como que el personal le brinde más apoyo a los niños que a las niñas; que los profesores crean que materias como las matemáticas son menos importantes para las niñas que los niños; que haya acoso por parte de los niños varones; y que los niños no reconozcan que a las niñas no se las trata equitativamente.</p> <p>Los enfoques de involucramiento comunitario pueden encarar estas barreras haciendo hincapié en la valía de las niñas y en los beneficios de brindarles educación; promover una distribución del trabajo doméstico equitativa para ambos géneros; involucrar a los padres, las niñas y las comunidades para garantizar la</p>

			<p>seguridad de las niñas; y proporcionar una estructura de apoyo para que las niñas puedan continuar su educación.</p>
		<p>Entorno de políticas. El sector de la salud también tiene un papel importante que desempeñar en la creación de un entorno político que apoye la educación de las niñas. He aquí algunos ejemplos de áreas en las que el sector de la salud puede contribuir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abogar por políticas de educación universal equitativas en materia de género</li> <li>• Abogar con los Ministerios de Educación, Género y Juventud por la eliminación de los obstáculos políticos que impiden que las niñas regresen a la escuela después de haber abandonado sus estudios, después de casarse o de un embarazo</li> <li>• Trabajar con los Ministerios de Educación y Salud para aplicar políticas que eliminen la práctica del matrimonio infantil, que es un obstáculo para la educación de las niñas; fomentar el desarrollo de esas políticas y programas de apoyo que prevengan el</li> </ul>	

		<p>matrimonio infantil o que aborden las necesidades de las adolescentes casadas</p> <p>Entorno en los centros educativos. Los esfuerzos para mejorar la calidad del entorno educativo quedan en su mayor parte fuera del ámbito del sector de la salud. He aquí algunas áreas en las que el sector de la salud puede contribuir a mejorar el entorno de aprendizaje en colaboración con el sector de la educación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de la violencia de género en los centros educativos para ayudar a crear entornos de aprendizaje que apoyen a las niñas</li> <li>• Capacitación de los maestros y profesores en métodos de enseñanza equitativos en materia de género</li> <li>• Programas de apoyo que promuevan a maestras/maestros, profesores y mujeres como mentoras de las niñas en las comunidades (<i>¿Cómo puede el sector de la salud apoyar a las niñas en la escuela?</i>)</li> </ul>	
<b>Cambio del comportamiento social<sup>3</sup></b>		<b>Ningún informe sobre el Cambio del Comportamiento Social menciona la equidad</b>	
<b>Mejora</b>			
<b>Vales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inequidad económica y social (por ejemplo, educación)</li> </ul>	<p>Proporcionar vales a los clientes para facilitar el acceso equitativo a los servicios de anticoncepción voluntarios y posibilidad de elección (Definición de la práctica)</p> <p>[Los vales] se utilizan como mecanismo de financiación y herramienta programática para mejorar el acceso equitativo y aumentar el uso de productos y servicios sanitarios clave (Antecedentes)</p>	<p>Ensor T, Ronoh J. Effective financing of maternal health services: a review of the literature. Health Policy. 2005;75(1):49-58. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.02.002</p>

		<p>Además de reducir las barreras financieras, los vales que se centran en grupos de población específicos ayudan a garantizar que los subsidios lleguen a personas que puedan tender a tener menos acceso y capacidad de aprovechar los servicios y productos de planificación familiar (Antecedentes)</p>	
		<p>Los vales pueden apoyar la aplicación de varias PAI. En general, pueden ayudar a los programas de planificación familiar a eliminar las barreras financieras o de otro tipo y ampliar el acceso de los clientes a más opciones de anticoncepción, como aquellas que pueden ser demasiado costosas o a las que les cueste mucho acceder; mejorar el acceso a la anticoncepción de los grupos de población clave (¿Cómo pueden los vales mejorar las PAI)?</p>	<p>Incluso suponiendo que los servicios de planificación familiar sean gratuitos, pueden existir barreras financieras. Por ejemplo, una encuesta realizada en siete países de América Latina y el Caribe, donde en gran medida el mandato es ofrecer planificación familiar gratuita a los clientes en las dependencias públicas, se vio que los gastos en los que tenían que incurrir los clientes eran una fuente importante de la financiación de la planificación familiar.</p>
			<p>En una revisión sistemática se llegó a la conclusión de que “los vales pueden ampliar la elección del cliente reduciendo las barreras financieras a los servicios de anticoncepción y haciendo de los proveedores privados una opción para clientes desfavorecidos previamente restringidos por el costo”.</p>
			<p>La evidencia de los programas de vales muestra consistentemente que cuando un programa de vales reduce o elimina el costo del cliente para los métodos que dependen del proveedor, mediante un vale que cubre ya sea algunos métodos anticonceptivos en particular o todos, el uso de métodos dependientes del proveedor aumenta, mientras que el uso de otros métodos queda igual o aumenta</p>



		Los vales mejoran el acceso a los anticonceptivos para grupos de población clave (¿Cómo pueden los vales mejorar las PAI?)	Una revisión de 24 programas de vales apoyados por ONG en 11 países de África y Asia entre 2005 y 2015 encontró que la mayoría de los programas lograron llegar a subgrupos, como los consumidores pobres y jóvenes (menores de 25 años), aunque este resultado dependía del enfoque utilizado para seleccionarlos y cómo se identificaron los beneficiarios.
		Los vales también pueden llegar a otros grupos desfavorecidos, como aquellos con poca o ninguna educación (¿Cómo pueden los vales mejorar las PAI?)	Por ejemplo, en Uganda, donde sólo el 23% de las mujeres sin ninguna educación y el 34% de las mujeres con educación primaria utilizan un método moderno, un programa de vales facilitó el acceso a la planificación familiar de 330.826 mujeres, 79% de las cuales no tenían educación o solo educación primaria.
		Los vales facilitan el acceso a proveedores privados (¿Cómo pueden los vales mejorar las PAI?)	Los vales pueden ampliar el acceso al sector privado para los grupos que puedan tener dificultades de acceso debido a las tarifas prohibitivas para determinados usuarios, como las personas de bajos ingresos o los adolescentes.
			Involucrar al sector privado también puede ampliar la cobertura geográfica
		¿Los programas de vales crean un acceso equitativo a los servicios de planificación familiar? (Deficiencias de la investigación)	

<b>Servicios de anticoncepción adaptados a los adolescentes (SAAA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Social</li> </ul>	Normas de género ( <i>¿Para qué desafíos puede resultar de ayuda a los países contar con SAAA?</i> )	<p>En todo el mundo se encuentran normas de género que idealizan la ignorancia sexual en las niñas y las proezas sexuales en los niños; estas normas pueden impedir el acceso de los jóvenes a la información y los servicios y su capacidad para negociar relaciones sexuales.</p> <p>Los proveedores a menudo refuerzan estas normas de género inequitativas al negarse a proporcionar anticonceptivos a las adolescentes solteras, incluso cuando éstas los solicitan.</p> <p>Las adolescentes casadas a menudo se enfrentan a diferentes obstáculos relacionados con el género debido a su aislamiento social, falta de poder, movilidad limitada y presiones para probar que son fértiles quedando embarazadas precoz y frecuentemente.</p> <p>Como una forma de mantener estas normas sociales y de género, los proveedores pueden no proporcionar anticonceptivos a las adolescentes casadas o restringir los métodos de acción prolongada hasta que hayan tenido un hijo.</p> <p>Se espera que los hombres jóvenes estén bien informados sobre el sexo, lo que les hace difícil consultar o buscar información, y también es posible que enfrenten barreras estructurales para acceder a los servicios, que normalmente están dirigidos a las mujeres.</p>
		Normas de género ( <i>Para qué desafíos puede resultar de ayuda a los países contar con SAAA</i> )	<p>En Tanzania se identificó que el no abordar cuestiones como el menor nivel social de las mujeres, su dependencia económica, su capacidad de acción limitada, la práctica de sexo transaccional como un recurso económico importante para las niñas, y las normas sociales de masculinidad constituía una de las razones por las que un gran esfuerzo por mejorar la</p>

			prestación de servicios no demostró tener impacto sobre el uso de anticonceptivos entre los jóvenes.
		Prestar atención a las normas sociales y de género para asegurar el éxito de lo que se invierta en SAAA. <i>(Consejos)</i>	Las adolescentes accederán a métodos anticonceptivos en entornos donde las normas de género se hayan transformado para permitir que las niñas tengan conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva y se sientan empoderadas para acceder a los servicios (McCleary-Sills y col., 2012). Los adolescentes de sexo masculino accederán a la anticoncepción en entornos en los que sientan algún sentido de responsabilidad en la planificación de los embarazos.
<b>Salud digital para el fortalecimiento de los sistemas</b>	• Múltiples	Recopilar información sobre los usuarios que se pretende beneficiar con intervenciones digitales y recabar información aportada por ellos.	<p>Esto incluye preguntas relacionadas con la forma en que las partes interesadas entienden y utilizan la tecnología actualmente (incluye los tipos de tecnología que utilizan y prefieren y cómo pagan por su uso), así como los obstáculos que enfrentan que se podría solucionar con una tecnología digital.</p> <p>La segmentación de los usuarios en subcategorías (por ejemplo, hombres/mujeres, alto o bajo nivel educativo) puede proporcionar información sobre las diferencias importantes que podrían influir en el diseño de la intervención de salud digital.</p> <p>Una vez que se haya establecido que una solución digital es adecuada para resolver un problema determinado, involucrar a los usuarios, así como a otras partes interesadas clave, en el diseño y las pruebas de la herramienta. Hacerlo puede ayudar a crear intervenciones más apropiadas y fáciles de usar que tengan mayores probabilidades de ser adoptadas,</p>

			mientras que no hacerlo puede implicar revisiones posteriores costosas y engorrosas.
<sup>1</sup> reseñas de prestación de servicios que no mencionan la equidad: PF posparto; atención posaborto; y PF e integración de las inmunizaciones. <sup>2</sup> reseñas sobre el entorno propicio que no mencionan la equidad: Compromiso de Galvanización, Política, y Liderazgo y Gestión. <sup>3</sup> Ninguna reseña sobre el cambio social y de comportamiento menciona la equidad.			