



**Junta Ejecutiva
del Programa de las
Naciones Unidas para
el Desarrollo y del
Fondo de Población de
las Naciones Unidas**

Distr.
GENERAL

DP/FPA/1997/12 (Annex)
10 de julio de 1997
ESPAÑOL
ORIGINAL: INGLÉS

Tercer período ordinario de sesiones de 1997
Nueva York, 15 a 19 de septiembre de 1997
Tema 8 del programa provisional
FNUAP

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE LA CIPD: CONSECUENCIAS
DE LOS DÉFICIT EN LOS RECURSOS HASTA EL AÑO 2000

Informe de la Directora Ejecutiva

ÍNDICE

	<u>Página</u>
METODOLOGÍA Y DATOS	2
<u>Cuadro 1</u> : Consecuencias del déficit de recursos para el Programa de Acción de la CIPD	7
<u>Cuadro 2</u> : Resumen de los índices utilizados para estimar las consecuencias de los déficit de recursos	8
<u>Cuadro 3</u> : Asistencia de donantes para actividades en materia de población en 1995 y posibles pautas para el año 2000 . . .	9
BIBLIOGRAFÍA	10

METODOLOGÍA Y DATOS

1. En el período de sesiones anual de 1997 de la Junta Ejecutiva, el debate general sobre la primera versión del presente informe (DP/FPA/1977/CRP.1) indicó un deseo por parte de la Junta de que se presentara un informe revisado que contuviese una descripción más prolija de la metodología utilizada para calcular las consecuencias de los déficit en los recursos, que incluyera remisiones a las fuentes de datos utilizadas. El objetivo del presente anexo es atender ambas peticiones. En el presente anexo figura una lista de referencias a las que se remiten, cuando procede, el texto, las notas y los cuadros.

2. El método de cálculo que se usa en el presente documento se basa en un estudio de 1996 del Instituto Alan Guttmacher (AGI) en que se examinaban las posibles consecuencias negativas si los programas de planificación de la familia en el extranjero experimentasen menguas en la financiación debido a una reducción presupuestaria del 35% que se proponía para la asistencia internacional de los Estados Unidos (AGI, 1996). En el estudio del AGI se aprovechó el conocimiento y la pericia de varias otras organizaciones, entre ellas el Grupo Futures (Estados Unidos de América), Population Action International, la Population Reference Bureau y el Consejo de Población. Si bien en el análisis del presente informe se utilizan la metodología básica y gran parte de los datos del estudio del AGI, también se lo amplía en ciertas formas, como la utilización de cálculos desglosados regionales cuando los datos disponibles lo han hecho posible y la extensión de los rubros tratados (morbilidad derivada de la maternidad y mortalidad infantil).

3. Como se explica en la sección III del informe, el estudio del FNUAP de 1994 en que se estimaron las necesidades de costos para el componente de planificación de la familia del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) se basaba en estimaciones empíricas del grado de "necesidades insatisfechas" de servicios de planificación de la familia que se podían obtener de muchas encuestas demográficas y de salud recientes (al igual que otros estudios)¹. Estas estimaciones se combinaron con estimaciones de los costos medios por usuario para obtener en primer lugar las necesidades de recursos en el plano regional y luego mundial (FNUAP, 1994b).

4. En este informe se utiliza el procedimiento inverso. Es decir, los déficit de recursos se dividen por los costos medios por usuario para proyectar los números de individuos o parejas con "necesidades insatisfechas", es decir, el número adicional de parejas e individuos que se verían impedidos de cumplir con sus deseos reproductivos. Dependiendo de la hipótesis que se adopte, el déficit global de recursos se traduce en una estimación de la reducción del número de posibles usuarios de los servicios de planificación de la familia - los que ya no tendrían acceso a dichos servicios - para cada año en el período 1995-2000. Estos cálculos se efectúan por región y luego se suman a nivel mundial. Los datos básicos que se utilizan en el análisis y las fuentes de datos figuran en el cuadro 2 del anexo. Se invita al lector a remitirse a dicho cuadro mientras sigue los detalles de la metodología tal como se explican a continuación.

5. Una vez que se ha calculado la reducción del número de posibles usuarios, el próximo paso consiste en estimar la proporción de aquellos posibles usuarios que decidirán recurrir a un método anticonceptivo tradicional (es decir,

abstinencia periódica o abstención). Cerca del 26% de los "aceptantes" (individuos o parejas que aceptan un determinado método anticonceptivo, ya sea de un organismo de servicios de planificación de la familia o por su cuenta) en los países en desarrollo en cualquier año dado normalmente "aceptan" métodos tradicionales (véase el renglón 6 del cuadro 2 del anexo). Por consiguiente, la "reducción de los posibles usuarios" se ve por su parte reducida en esta proporción.

6. Una vez que se ha reducido el número de posibles usuarios restando estos usuarios de métodos tradicionales "dispuestos", el resto representa individuos o parejas que habrían utilizado un método anticonceptivo moderno si hubiesen dispuesto de servicios adecuados. El método supone que una gran proporción de estas personas también optarían por utilizar (o "aceptar") un método tradicional menos efectivo pero de bajo costo como sustituto de un método moderno que no está disponible debido al déficit financiero de los servicios. Esta proporción se ha estimado en forma moderada en un 40% (véase el renglón 7 del cuadro 2 del anexo). Éste es el porcentaje utilizado para el estudio de las consecuencias de la reducción de la financiación de los programas de planificación de la familia por parte de los Estados Unidos (AGI, 1996). En aras de la coherencia, se utiliza el mismo porcentaje en el presente informe, aunque su uso tiende a subestimar las consecuencias negativas, debido a que en el estudio del AGI los usuarios actuales de anticonceptivos eran los que se veían afectados por reducciones en la financiación, mientras que en el presente análisis los que se ven afectados son los posibles usuarios futuros. El primer grupo tendería a estar más motivado para reemplazar el uso actual de un método moderno por un método anticonceptivo tradicional que los usuarios en potencia.

7. El tercer paso en el método consiste en estimar el número de embarazos no deseados o no previstos adicionales que ocurrirían cada año durante el período 1995-2000. El número de embarazos no deseados es la suma de dos estimaciones: embarazos que ocurren a aquellos individuos o parejas que adoptan métodos anticonceptivos tradicionales (es decir, los que se describen en el párrafo 5 supra) y embarazos en el grupo de posibles usuarios que no utilizarán ningún método anticonceptivo. Los multiplicadores - tasas de embarazos anuales - figuran en los renglones 8 y 9 del cuadro 2 del anexo. La tasa de embarazos de los usuarios de métodos anticonceptivos tradicionales se estima en un 30%, y los de los que no utilizan métodos anticonceptivos en un 75%, siendo ambas tasas constantes durante todo el período.

8. El cuarto paso consiste en estimar el número de embarazos no previstos o no deseados a los que se pondrá fin mediante abortos provocados. La proporción utilizada, un 40% de los embarazos, se basa principalmente en datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (véanse referencias en el renglón 10 del cuadro 2 del anexo). Cabe reconocer que los datos sobre los abortos son incompletos y adolecen de deficiencias en la notificación (por lo general, notificación insuficiente). Aunque se dispone de algunos datos para varias regiones, se estimó que la cobertura al interior de las regiones era demasiado fragmentaria para intentar efectuar estimaciones regionales de los abortos adicionales debido a los déficit en la financiación. Así pues, se utilizó una tasa global (40%). Cabe señalar que datos de América Latina, que se pueda argumentar que es la región en desarrollo con los mejores datos sobre la incidencia de abortos, generalmente implican proporciones superiores al 40% (AGI, 1994). Al mismo tiempo, se entiende que, debido a que el presente

análisis se centra en los posibles usuarios futuros de anticonceptivos, la motivación para abortar embarazos no previstos puede ser algo mayor que entre los usuarios actuales, el tema del estudio del AGI. Al carecerse de datos más refinados, se mantuvo en el presente análisis la estimación del AGI del 40%, aun cuando quizás tienda a sobreestimar el número de abortos inducidos adicionales.

9. El quinto paso en el cálculo consiste en estimar el número de nacimientos no previstos que resultan de los embarazos no terminados. La producción mundial que se utiliza es un 47% de embarazos no previstos (véase el renglón 11 del cuadro 2 del anexo). Se supone que el 13% restante de los embarazos terminan como abortos espontáneos y muertes prenatales. También se utilizó en este caso una proporción global, debido a la escasez de datos sobre abortos espontáneos desglosados por región.

10. Enseguida, las muertes derivadas de la maternidad se calculan a partir del número estimado de nacimientos vivos no previstos (renglón 12 del cuadro 2 del anexo). En este caso, se dispone de datos regionales a partir de estimaciones revisadas preparadas por la OMS/UNICEF, que varían de 61 defunciones por cada 100.000 nacimientos en países con economía en transición a 981 defunciones en el África al sur del Sáhara. Un concepto relacionado con la mortalidad derivada de la maternidad es la morbilidad derivada de la maternidad. La morbilidad derivada de la maternidad aún no se ha medido en forma apropiada, pero se sabe que es un importante problema de salud. La proporción de casos de morbilidad a defunciones derivadas de la maternidad utilizada en el presente análisis (renglón 13 del cuadro 2 del anexo) es de 13 casos de morbilidad por defunción derivada de la maternidad. Esto probablemente sea una subestimación burda de las verdaderas proporciones de la morbilidad derivada de la maternidad, pero se estimó que cualquier informe sobre consecuencias negativas sería incompleto si no se incluyera una estimación de las consecuencias en cuanto a la morbilidad, aunque fuera una subestimación. En un estudio reciente se informó de proporciones de formas de morbilidad que ponían en peligro la vida (paludismo, hemorragia o convulsiones durante el embarazo) en Bangladesh, Egipto y la India superiores a 13 casos por defunción (Fortney y Smith, 1997). Las proporciones de tipo de morbilidad que ponían en peligro la vida o de gravedad (edema, hipertensión, fiebre prolongada, vómitos intensos, etc.) eran mucho mayores (ibíd.). En vista de los avances metodológicos en curso, se estimó que debería utilizarse un valor conservador para este parámetro.

11. El próximo cálculo se refiere al número adicional de muertes de lactantes (es decir, de niños de menos de 1 año) que podrían atribuirse a los déficit de recursos. Las defunciones de lactantes se calculan a partir de los nacimientos no previstos aplicando las tasas de mortalidad de lactantes. Se utilizaron tasas regionales (renglón 14 del cuadro 2 del anexo) que variaban de 19 defunciones de lactantes por cada 1.000 nacidos vivos en los países con economía en transición a 91 defunciones en el África al sur del Sáhara.

12. Finalmente, el número adicional de muertes infantiles (es decir, de niños de 1 a 4 años de edad) se calcula a partir de los nacimientos no previstos utilizando las tasas regionales de mortalidad de niños menores de 5 años (renglón 15, cuadro 2, anexo). Puesto que sólo se dispone de estimaciones para el período 1990-1995, se redujeron todas las tasas en un 10% para reflejar posibles mejoras durante los cinco años siguientes². El número de defunciones de niños de 1 a 4 años es la diferencia entre las defunciones de niños menores

de 5 años y las defunciones de lactantes. Obsérvese que, aunque el período de proyección para determinar las consecuencias es el período 1995-2000, pueden ocurrir muertes de niños después del año 2000. Por ejemplo, un niño que nazca en el 2000 y muera a los 4 años morirá en el 2004.

13. Los otros tres componentes del conjunto valorado de medidas en materia de población y salud genésica de la CIPD se derivaron originalmente utilizando estimaciones de costos per cápita. Al presente, debido a la carencia de datos y a la escasez de indicadores establecidos, no es posible presentar consecuencias de la disminución del nivel de recursos para estos componentes en términos cuantitativos. Por consiguiente, se han dado evaluaciones cualitativas de los efectos sobre los servicios básicos de salud genésica (párrafos 33 a 39 del texto principal) y prevención del VIH/SIDA (párrafos 40 a 43).

14. En el análisis hay implícitas varias hipótesis, algunas de las cuales pueden tender a hacer que las consecuencias se subestimen mientras que otras pueden redundar en una tendencia a la sobreestimación. Una hipótesis consiste en que los costos marginales se equiparan con los costos medios, los únicos sobre los que se dispone de información. Sin embargo, esta es una hipótesis conservadora, ya que, hablando en términos generales, los costos marginales deben ser inferiores a los costos medios debido al aumento de las economías de escala. El informe supone también que el déficit de los recursos se distribuirá por partes iguales entre todos los países. Sin embargo, es probable que ciertos países (los que están políticamente muy comprometidos con los programas de planificación de la familia) no reduzcan los recursos en modo alguno. Puesto que los países comprometidos por lo general también serían países con mayores tasas de uso de anticonceptivos y menores costos por usuario, la hipótesis de homogeneidad probablemente también subestime el número de no usuarios adicionales.

15. Cuando los programas oficiales sufren reducciones de los recursos, algunos individuos o parejas suficientemente motivados pueden pagar servicios prestados por organismos privados de su propio peculio. Análogamente, organizaciones no gubernamentales que ven reducirse el apoyo de los gobiernos o los donantes pueden también aumentar los honorarios de los servicios. Sin embargo, la sustitución de los servicios prestados por organismos públicos por servicios prestados por organismos privados no significa que se reduzcan los recursos, sino que simplemente se modifica la distribución de los recursos nacionales entre la financiación pública y la privada. No está claro qué efecto tendría dicha sustitución sobre la estimación de las consecuencias. De igual modo, el estudio no supone mejoras en la eficiencia a que podría inducir la adversidad financiera. En efecto, dichos resultados tenderían a reducir los costos por usuario que, según se ha supuesto, son constantes. En la medida en que se produzcan mejoras en la eficiencia, las consecuencias se sobreestimarían un tanto. No obstante, cabe señalar que los intentos por introducir medidas de eficiencia (como recuperación de los gastos) generalmente han redundado en reducir el acceso a los servicios a los clientes más pobres. Además, investigaciones operativas recientes parecen demostrar que hasta ahora sólo se han logrado éxitos moderados en la reducción de los costos (Levin y otros, 1997).

16. También se supone que cada consecuencia que se estudia en el informe se produce en forma aislada, sin afectar otras partes del sistema. Dichas

interacciones sí ocurren, pero en las tasas generales que se utilizan las interacciones en cierto sentido ya están incorporadas. Así pues, el efecto interactivo de una consecuencia sobre las demás debería ser bastante reducido.

17. Una última hipótesis se refiere a los métodos anticonceptivos tradicionales. Una cierta promoción de "no usuarios posibles" (los que no utilizan métodos anticonceptivos debido a que nunca han tenido acceso a la información o los servicios) utilizarán métodos tradicionales. En el estudio del AGI se supuso una gran proporción (40%), puesto que se ocupaba de reducciones en los programas que afectarían en gran medida a usuarios sobremanera motivados. Sin embargo, en el caso que se expone en el presente informe la motivación en general puede ser menor, y, por consiguiente, quizás una proporción menor sea más realista. Esta hipótesis conservadora (adoptada a falta de datos) en todo caso debería redundar en una subestimación de las consecuencias.

18. La cuestión importante que hay que tener presente al examinar los datos utilizados en el presente informe y las hipótesis adoptadas al aplicar la metodología consiste en que se debe considerar que las estimaciones cuantitativas de que se da cuenta en el presente informe representan gamas de valores en lugar de cantidades exactas. Sin embargo, el considerar las estimaciones en esta forma no aminora la gravedad de las conclusiones analíticas sobre las repercusiones negativas de que no se cumpla en su totalidad el Programa de Acción.

Cuadro 1

Consecuencias del déficit de recursos para el Programa de Acción de la CIPD

	Año/período	Hipótesis de tendencia de crecimiento constante	Hipótesis de crecimiento intermedio	Hipótesis de crecimiento lento
Reducciones del número de posibles usuarios de servicios de planificación de la familia	2000	97 millones (individuos/parejas sin acceso a servicios de PF)	130 millones (individuos/parejas sin acceso a servicios de PF)	170 millones (individuos/parejas sin acceso a servicios de PF)
Aumento del número de individuos/parejas que utilizan métodos tradicionales	2000	30 millones (individuos/parejas)	40 millones (individuos/parejas)	54 millones (individuos/parejas)
Aumento del número de personas que no utilizan métodos anticonceptivos	2000	44 millones (individuos/parejas)	59 millones (individuos/parejas)	80 millones (individuos/parejas)
Aumento del número de embarazos no previstos	2000 <i>1995-2000</i>	42 millones (embarazos) <i>130 millones</i>	56 millones (embarazos) <i>170 millones</i>	76 millones (embarazos) <i>230 millones</i>
Aumento del número de abortos provocados de embarazos no previstos	2000 <i>1995-2000</i>	17 millones (abortos) <i>51 millones</i>	23 millones (abortos) <i>68 millones</i>	31 millones (abortos) <i>92 millones</i>
Aumento del número de nacimientos no previstos	2000 <i>1995-2000</i>	20 millones (nacimientos) <i>59 millones</i>	26 millones (nacimientos) <i>79 millones</i>	36 millones (nacimientos) <i>110 millones</i>
Aumento de la mortalidad derivada de la maternidad	2000 <i>1995-2000</i>	99 000 (defunciones) <i>300 000</i>	130 000 (defunciones) <i>400 000</i>	180 000 (defunciones) <i>540 000</i>
Aumento de la morbilidad derivada de la maternidad	2000 <i>1995-2000</i>	1,3 millones (casos) <i>3,8 millones</i>	1,7 millones (casos) <i>5,1 millones</i>	2,3 millones (casos) <i>7,0 millones</i>
Aumento de la mortalidad de lactantes	2000 <i>1995-2000</i>	1,2 millones (defunciones) <i>3,6 millones</i>	1,6 millones (defunciones) <i>4,8 millones</i>	2,2 millones (defunciones) <i>6,5 millones</i>
Aumento de la mortalidad infantil	2000 <i>1995-2000</i>	440 000 (defunciones) <i>1,3 millones</i>	590 000 (defunciones) <i>1,8 millones</i>	800 000 (defunciones) <i>2,4 millones</i>

Nota: Los totales acumulativos para el período 1995-2000 se indican en bastardillas.

Cuadro 2

Resumen de los índices utilizados para estimar las consecuencias
de los déficit de recursos

Índice o medida	Año/periodo	Valor utilizado en el informe	Fuentes*
1. Mujeres de 15 a 49 años de edad, países en desarrollo	1995 2000	1.132 m 1.254 m	Naciones Unidas/DIESAP, 1996c, págs. 117s.
2. Mujeres de 15 a 49 años de edad, países en transición	1995 2000	97 m 100 m	Naciones Unidas/DIESAP, 1996c, págs. 117s.
3. Todos los usuarios de anticonceptivos, países en desarrollo	1995 2000	470 m 551 m	Naciones Unidas/DIESAP, 1996c, pág. 33
4. Todos los usuarios de anticonceptivos, países en transición	1995 2000	60 m 62 m	FNUAP, 1994b, pág. 10
5. Costos medios regionales estimados por usuario	1995 2000	8,76 a 33,33 dólares 8,37 a 28,33 dólares	FNUAP, 1994b, pág. 10
6. Proporciones estimadas de aceptantes por método anticonceptivo	1995-2000	Esterilización 7% DIU 17% Tradicional 26%	FNUAP, 1994a, pág. 22; VCIOM, 1997, cuadro 15
7. Proporciones que adoptan métodos anticonceptivos tradicionales	1995-2000	40%	AGI, 1996, pág. 4. Véase también: AGI, 1995
8. Tasas de embarazos (usuarios tradicionales)	1995-2000	30%	AGI, 1996, pág. 4. Véase también: Hatcher y otros, 1994; Moreno y Goldman, 1991; Jones, 1991; Jones y Forrest, 1992
9. Tasas de embarazos (no usuarios)	1995-2000	75%	AGI, 1996, pág. 4. Véase también: Hatcher y otros, 1994
10. Abortos provocados por embarazo no previsto	1995-2000	40%	AGI, 1996, pág. 4. Véase también: OMS, 1994; Henshaw, 1990; AGI, 1995; AGI, 1994; resultados de encuestas sobre demografía y salud
11. Proporción de embarazos que dan lugar a nacimientos vivos	1995-2000	47%	AGI, 1996, pág. 4. Véase también, AGI, 1995; AGI, 1994
12. Tasas regionales de mortalidad derivada de la maternidad (defunciones por cada 100.000 nacimientos)	1995-2000	61 a 981 (promedio = 480)	OMS/UNICEF, 1996, págs. 9s.
13. Tasas de morbilidad derivada de la maternidad (casos por defunción derivada de la maternidad)	1995-2000	13	FNUAP, 1997, pág. 19. Véase también, Filipinas, 1994; Fortney y Smith, 1997
14. Tasas regionales de mortalidad de lactantes (defunciones por cada 1.000 nacimientos)	1995-2000	19 a 91 (promedio = 62)	Naciones Unidas/DIESAP, 1996a
15. Tasas regionales de mortalidad infantil (defunciones por cada 1.000 nacimientos)	1995-2000	21 a 141 (promedio = 81)	Naciones Unidas/DIESAP, 1996b, pág. 266

* Véase la bibliografía que acompaña al anexo.

Cuadro 3

Asistencia de donantes para actividades en materia de población
en 1995 y posibles pautas para el año 2000

	Asistencia en materia de población en 1995 (1)	Meta de la CIPD alcanzada utilizando la distribución del PIB (1995) (2)	Tasa anual de crecimiento para satisfacer la meta de recursos de la CIPD (3)
	(En millones de dólares)		(Porcentaje)
Alemania	145	395	22
Australia	27	57	16
Austria	3	38	68
Bélgica	6	44	51
Canadá	37	93	20
Dinamarca	50	28	-
España ^a	1	93	176
Estados Unidos	667	1 157	12
Finlandia	22	21	-
Francia ^a	13	252	80
Irlanda	3	10	28
Italia	4	178	109
Japón	94	837	55
Luxemburgo	1	3	26
Noruega	47	24	-
Nueva Zelandia	1	9	51
Países Bajos	87	65	-
Reino Unido	98	180	13
Suecia ^a	45	37	-
Suiza	17	50	24
Total ^b	1 368	3 570 ^c	21

Fuente: FNUAP, Global Population Assistance Report, 1995, próximo a aparecer.

^a Para España y Francia se utilizaron datos correspondientes a 1993. Para Suecia se utilizaron datos correspondientes a 1994.

^b Debido a que las cifras se redondean, las sumas de las columnas no siempre equivalen al total correspondiente.

^c Para alcanzar el nivel necesario de 5.670 millones de dólares también sería necesario obtener 2.100 millones de dólares de bancos de desarrollo, organizaciones multilaterales e instituciones privadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial, 1993. Effective Family Planning Programs, Washington, D.C., Banco Mundial
- Banco Mundial, 1997. World Development Indicators, 1997, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Bruce, Judith, 1996. "Results of Situation Analyses", monografía presentada en un seminario del FNUAP sobre género, población y desarrollo, 30 de septiembre a 4 de octubre de 1996.
- Bulatao, Rodolfo, 1985. "Expenditures on Population Programs in Developing Regions: Current Levels and Future Requirements", World Bank Working Papers, No. 679, Population and Development Series, Washington, D.C.
- Bulatao, Rodolfo, 1996. "Evolving Dimensions of Family Planning Effort from 1982 to 1994", informe preparado para el Grupo Futures International, Inc., Washington, D.C.
- Chen, Pi-Chao, y Adrienne Kols, 1982. "Population and Birth Planning in the People's Republic of China", Population Reports, Serie J, No. 25, Baltimore, Universidad Johns Hopkins.
- Consejo de Población, 1991. "A Situation Analysis of the Family Planning Program of Zaire: A Comparison of Three Delivery Systems", informe de Projet Des services Des naissances désirables, Kinshasa.
- Filipinas, Oficina Nacional de Estadística, 1994. National Safe Motherhood Survey, 1993, Manila, Oficina Nacional de Estadística.
- FNUAP, 1993. What Will It Cost To Support Population Programmes in sub-Saharan Africa Through the Year 2000?, Nueva York, FNUAP.
- FNUAP, 1994a. Contraceptive Use and Commodity Costs in Developing Countries, 1994-2005, Informe Técnico No. 18, Nueva York, FNUAP.
- FNUAP, 1994b. "Background Note on the Resource Requirements for Population Programmes in the Years 2000-2015", documento de antecedentes de la CIPD, mimeografiado, junio de 1994.
- FNUAP, 1997a. Noticias sobre el SIDA 1996, Nueva York, FNUAP.
- FNUAP, 1997b. Estado de la Población Mundial, 1997, Nueva York, FNUAP.
- FNUAP, 1997c. "Cumplimiento de las metas de la CIPD: consecuencias de los déficit en los recursos hasta el año 2000" (DP/FPA/1997/CRP.1), presentado a la Junta Ejecutiva del PNUD/FNUAP, mayo de 1997, Nueva York.
- Fortney, Judith, y Jason Smith, compiladores, 1997. The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries, Carolina del Norte, Family Health International.

- Gillespie, Duff, y otros, 1989. "Financing the Delivery of Contraceptives: The Challenge of the Next Twenty Years", en Segal, Sheldon, Amy Tsui y Susan Rogers, compiladores, The Demographic and Programmatic Consequences of Contraceptive Innovation, Nueva York, Plenum Press.
- Hatcher, Robert, y otros, 1994. Contraceptive Technology, 16th Revised Edition, Nueva York, Irvington Publishers.
- Henshaw, Stanley, 1990. "Induced abortion: A world review, 1990", Family Planning Perspectives, 22 (2), págs. 76 a 89.
- Herrin, A. y otros, 1996. "National family planning expenditures of the Philippines: Estimates for 1994", documento de trabajo del Proyecto de Evaluación de la USAID.
- Instituto Alan Guttmacher, 1994. Clandestine Abortion: A Latin America Reality, Nueva York, AGI.
- Instituto Alan Guttmacher, 1995. Hopes and Realities: Closing the Gap between Women's Aspirations and their Reproductive Experiences, Nueva York, AGI.
- Instituto Alan Guttmacher, 1996. "Endangered: U.S. Aid for Family Planning Overseas", Issues in Brief Series, Nueva York, AGI.
- Janowitz, Barbara, 1993. "Why Do Projections of the Cost of Family Planning Differ So Widely?", Studies in Family Planning, Nueva York.
- Janowitz, Barbara, J. Bratt y D. Fried, 1990. Investing in the Future: A Report of the Cost of Family Planning in the Year 2000, Carolina del Norte, Family Health International.
- Jones, E. F., 1991. "Contraceptive failure and abortion", International Family Planning Perspectives, 17(4), pág. 150.
- Jones, E. F., y J. Forrest, 1992. "Contraceptive failure rates based on the 1988 National Survey of Family Growth", Family Planning Perspectives, 24, págs. 12 a 19.
- Knowles, James, y A. Wagman, 1991. "The Relationship Between Family Planning Costs and Contraceptive Prevalence: Will Family Planning Costs per User Decline over Time?", monografía inédita, Chapel Hill, Carolina del Norte, Grupo Futures.
- Kocher, James, y B. Buckner, 1991. "Estimates of Global Resources Required to Meet Population Goals by the Year 2010", documento de trabajo del personal, Carolina del Norte, Centro de Desarrollo Internacional, Research Triangle Institute.
- Lande, R. E., y J. Geller, 1991. "Paying for Family Planning", Population Reports, Serie J, No. 39, Baltimore, Universidad Johns Hopkins.

- Levin, Ann y otros, 1997. "Evaluation of Cost-Effectiveness of Family Planning and Maternal and Child Health Alternative Delivery Strategies in Rural Bangladesh", monografía presentada en la reunión anual de 1997 de la Population Association of America, 27 a 29 de marzo de 1997, Washington, D.C.
- Lewis, Maureen, 1992. "Cost and Cost-Sharing in Family Planning Programmes: Review of the Evidence and Implications for the Future", monografía presentada en la reunión del Grupo de Expertos de las Naciones Unidas sobre programas de planificación de la familia, salud y bienestar de la familia, Bangalore (India), 26 a 30 de octubre de 1992.
- Miller, Robert, 1996. "Using Situation Analysis to Measure Reproductive Health in Sub-Saharan Africa: Examples of Findings", monografía presentada en el Seminario de calidad de la atención sobre programas de planificación de la familia y salud genésica, FNUAP, noviembre de 1996, Nueva York.
- Moreno, L., y N. Goldman, 1991. "Contraceptive Failure Rates in Developing Countries: Evidence from Demographic and Health Surveys", International Family Planning Perspectives, 17 (2), págs. 44 a 49.
- Naciones Unidas, 1997. "Corrientes de recursos financieros en la asistencia internacional en materia de población", informe del Secretario General a la Comisión de Población y Desarrollo (E/CN.9/1997/6), enero de 1997.
- Naciones Unidas/DIESAP, 1993. World Population Prospects: The 1992 Revision, Nueva York, Naciones Unidas.
- Naciones Unidas/DIESAP, 1996a. World Population Prospects: The 1996 Revision, cuadros previos a la publicación, Nueva York, Naciones Unidas.
- Naciones Unidas/DIESAP, 1996b. World Population Monitoring, 1997 (ESA/P/WP.132), Comisión de Población y Desarrollo, 30º período de sesiones, 24 a 28 de febrero de 1997, borrador, Nueva York, Naciones Unidas.
- Naciones Unidas/DIESAP, 1996c. Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1994 (ST/ESA/SER.A/146), Nueva York, Naciones Unidas.
- Nelson, Kenrad, y otros, 1996. "Changes in Sexual Behaviour and a Decline in HIV Infection Among Young Men in Thailand", The New England Journal of Medicine, 335 (5), págs. 297 a 303.
- Nortman, Dorothy, 1982. Population and Family Planning Programs: A Compendium of Data Through 1981, 11ª ed., Nueva York, Consejo de Población.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 1994. Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion (WHO/MCH/90.14), Ginebra, OMS.
- OMS/UNICEF, 1996. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach, Ginebra, OMS.

Rahman, Bazlur (con la asistencia de Faiz, Naushad, y Janowitz, Barbara), 1993. Expenditures and Funding of Population Programs in Bangladesh, Carolina del Norte, Research Triangle Institute, Family Health International.

Speidel, J. J., 1983. "Cost Implications of Population Stabilization", en I. Sirageldin, D. Salkever y R. Osborn, compiladores, Evaluating Population Programs: International Experience with Cost-Effectiveness Analysis and Cost-Benefit Analysis, Nueva York, St. Martins Press.

Thompson, Andy, y B. Janowitz, 1996. "Country Report: Estimating Family Planning Expenditures in Ecuador", proyecto de informe, Carolina del Norte, Family Health International.

Thompson, Andy, y B. Janowitz, 1996. "Country Report: Estimating Family Planning Expenditures in Bangladesh", proyecto de informe, Carolina del Norte, Family Health International.

Tsui, Amy, J. Wasserheit y J. G. Haaga, compiladores, 1997. Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions, Washington, D.C., National Academy Press.

VCIOM (Centro Ruso de Investigación de la Opinión Pública y de Mercados), 1997. Encuesta sobre salud genésica de las mujeres de Rusia en 1996: estudio de tres ciudades, informe preliminar, Moscú, VCIOM.

Notas

¹ Los costos medios por usuario de los servicios de planificación de la familia son los datos principales para la metodología que se utiliza en el presente informe. Se utilizaron varias fuentes para estimar estos costos: FNUAP, 1994b; Banco Mundial, 1993; Bulatao, 1985; Gillespie y otros, 1989; Herrin y otros, 1996; Knowles y Wagman, 1991; Kocher y Buckner, 1991; Lande y Geller, 1991; Nortman, 1982; Speidel, 1983; Thompson y otros, 1996a; Thompson y otros 1996b.

² Una mejora del 10% refleja los adelantos que se han registrado en promedio en la reducción de las tasas de mortalidad de lactantes durante el último decenio.
