

Estimaciones del impacto potencial de la pandemia COVID-19 en la salud sexual y reproductiva en países de ingreso bajo y mediano

El nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) que causa la COVID-19 se ha propagado rápidamente desde que surgió a fines de 2019, lo que motivó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar la enfermedad como una pandemia mundial el 11 de marzo de 2020. Los gobiernos de todo el mundo han tenido que adaptarse rápidamente y responder para frenar la transmisión del virus y brindar atención médica a las muchas personas infectadas. La presión que impone el brote en los sistemas de salud sin duda afectará la salud sexual y reproductiva de las personas que viven en países de ingreso bajo y mediano (PIBM); sin embargo, la salud sexual y reproductiva también se verá afectada por las respuestas sociales a la pandemia, como los cierres locales o nacionales que obligan a cerrar los servicios de salud si no se consideran esenciales, así como las consecuencias del distanciamiento físico, las restricciones de viaje y la disminución del ritmo de la economía.^{1,2}

La pandemia de la COVID-19 ya está teniendo efectos adversos en la cadena de suministro de productos anticonceptivos al interrumpir la fabricación de componentes farmacéuticos esenciales de los métodos anticonceptivos o la fabricación de los mismos métodos (por ejemplo, condones) y al retrasar el transporte de productos anticonceptivos.³ Además, el equipo y el personal involucrado en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva podrían ser desviados para satisfacer otras necesidades, las clínicas podrían cerrar y las personas podrían ser reacias a acudir a los centros de salud en busca de servicios de salud sexual y reproductiva. Muchos gobiernos están restringiendo los movimientos de las personas para detener la propagación del virus y los proveedores de servicios se ven obligados a suspender algunos servicios de salud sexual y reproductiva que no están clasificados como esenciales, como la atención del aborto, negando así a las personas este servicio oportuno y que potencialmente salva vidas.^{4,5} En Nepal e India por ejemplo, los confinamientos a nivel nacional han obligado a cerrar las clínicas administradas por Marie Stopes International —el mayor proveedor de servicios de planificación familiar en la India fuera del sector público.⁴ Sin una acción concertada, probablemente disminuirá el acceso a los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva y la calidad de la atención que se brinda.

Las emergencias de salud pública anteriores han demostrado que el impacto de una epidemia en la salud sexual y reproductiva generalmente no se reconoce, porque los efectos muchas veces no son resultado directo de la infección, sino de las consecuencias indirectas de los sistemas de atención de salud sobrecargados, las interrupciones en

los servicios de atención y la reasignación de recursos.¹ Además, las respuestas a las epidemias exacerbaban aún más las disparidades basadas en el género y en otros aspectos de la salud.⁶⁻⁸ La evidencia del brote del virus del Ébola en 2013–2016 en África Occidental muestra los efectos negativos e indirectos que estas crisis pueden tener en la salud sexual y reproductiva. Según un análisis de los datos del Sistema de Información de Gestión de la Salud de Sierra Leona, la disminución de la atención materna y neonatal debida a la interrupción de los servicios y al temor a buscar tratamiento durante el brote contribuyó a unas 3,600 muertes maternas, neonatales y mortinatos —una cantidad que se acerca al número de muertes causadas directamente por el virus del Ébola en el país.⁹ Otros estudios encontraron que los brotes de Ébola dieron como resultado una fuerte disminución en el uso de anticonceptivos y de las visitas de planificación familiar en Guinea, Liberia y Sierra Leona.^{10,11} Las pruebas del impacto a largo plazo de la epidemia del Ébola son ambivalentes. Los resultados de algunos estudios indican que el uso de anticonceptivos y las visitas de planificación familiar habían regresado a los niveles anteriores a la epidemia o los habían excedido de seis meses¹¹ a dos años¹⁰ después de la epidemia; sin embargo, en Guinea, el número de visitas de atención prenatal y de partos en clínicas no se había recuperado a los niveles anteriores después de seis meses, lo que sugiere que la epidemia tuvo efectos sostenidos en el ya de por sí inadecuado nivel de servicios de salud de ese país.¹¹

Las lecciones del brote de Ébola ejemplifican los impactos dañinos que pueden resultar de una epidemia en ausencia de respuestas de los gobiernos enfocadas a proteger los avances logrados en materia de salud sexual y reproductiva (por ejemplo, el uso de anticonceptivos, la disponibilidad de métodos) en los PIBM en las últimas décadas.¹² En este comentario, presentamos un análisis que ilustra lo que está en riesgo si las acciones del gobierno y la provisión de recursos durante la pandemia de COVID-19 no garantizan la continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. Estos hallazgos pueden brindar orientación a los encargados de formular políticas y a los donantes, y resaltar la importancia de reconocer las necesidades de salud sexual y reproductiva durante los períodos de respuesta y recuperación ante una pandemia.

Impactos de la pandemia en los resultados de SSR

Presentamos dos escenarios que muestran cómo la pandemia de COVID-19 podría interrumpir la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en los PIBM e ilus-

Por Taylor Riley, Elizabeth Sully, Zara Ahmed y Ann Biddlecom

Taylor Riley es investigadora asociada sénior, Elizabeth Sully es científica investigadora sénior, Zara Ahmed es directora asociada de asuntos federales y Ann Biddlecom es directora de investigación internacional —todas en el Instituto Guttmacher, Nueva York.

tramos el impacto de estos cambios en el número de embarazos no planeados, abortos inseguros y muertes maternas y neonatales. Usamos datos del estudio Haciendo Cuentas de 2019 sobre la provisión de atención de salud sexual y reproductiva en 132 PIBM en África, Asia, Europa del Este y del Sur y América Latina y el Caribe, que en conjunto tenían 1,600 millones de mujeres en edad reproductiva.¹³ El estudio incluyó estimaciones de la cobertura actual de los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva —derivadas de los datos disponibles más recientes de encuestas nacionales como las Encuestas Demográficas y de Salud y Encuestas de Conglomerados de Indicadores Múltiples— y estimó el impacto en la salud y el costo de satisfacer todas las necesidades de anticoncepción y más de 80 intervenciones esenciales relacionadas con el embarazo y el cuidado del recién nacido.¹⁴

Los impactos se estimaron siguiendo la metodología Haciendo Cuentas, cuyos detalles están disponibles en otras publicaciones¹⁴ Brevemente, utilizando los datos más recientes de cada país sobre la necesidad de anticonceptivos y el método en uso, estimamos el número anual de embarazos no planeados multiplicando el número de mujeres que utilizan un método anticonceptivo por las tasas de fracaso del uso por edad y método específicos y multiplicando el número de mujeres con necesidad insatisfecha de anticoncepción por la tasa de embarazo de mujeres con una necesidad insatisfecha.¹⁴ A continuación, ajustamos estas estimaciones de embarazos no planeados específicas por edad para que el número total de embarazos no planeados se alinee con una estimación basada en un modelo externo para cada país.¹⁵ Para estimar el efecto de los servicios de salud en las muertes maternas y neonatales por causas específicas, utilizamos datos nacionales sobre los niveles de cobertura de los servicios junto con información sobre la eficacia de las intervenciones de la Herramienta Vidas Salvadas, una herramienta de modela-

ción matemática que calcula los efectos del cambio en la cobertura del servicio en la mortalidad en los PIBM.¹⁶ Los datos utilizados en este análisis son estimaciones anuales y el año de referencia es 2019.

En el primero de nuestros dos escenarios hipotéticos, estimamos el impacto que tendría una disminución del 10% en la proporción de mujeres que reciben servicios de salud sexual y reproductiva sobre los embarazos no planeados y la mortalidad materna y neonatal durante un período de 12 meses. Aunque los cambios en la prestación de servicios podrían ser mayores que eso, una disminución proporcional del 10% ilustra el principal efecto que podría tener una reducción conservadora en la cobertura del servicio. Supusimos que la demanda neta de anticonceptivos y la necesidad de servicios relacionados con el embarazo y el recién nacido no cambiarían; hicimos esto para simplificar el análisis y también porque no existen datos sobre el cambio en la demanda de servicios durante esta pandemia. Asimismo, estimamos cada resultado de forma independiente y no tuvimos en cuenta los posibles efectos sinérgicos, tales como el aumento de la demanda de servicios de salud relacionados con el embarazo y del recién nacido que resultaría de una disminución en el uso de anticonceptivos y un aumento en el número de embarazos no planeados. Por lo tanto, este escenario ilustrativo es probablemente una estimación conservadora de los efectos potenciales de las interrupciones de los servicios de salud sexual y reproductiva. Además, aunque nos centramos en la provisión de servicios anticonceptivos, la atención relacionada con el embarazo y del recién nacido, hay otros servicios de salud sexual y reproductiva que probablemente se verían afectados pero no se incluyeron en estas estimaciones, como el tratamiento para el VIH y otras ITS.

Estimamos que una disminución proporcional del 10% en el uso de métodos anticonceptivos reversibles de corta y larga duración* en los PIBM debido a la reducción del acceso daría lugar a 49 millones de mujeres con una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos y 15 millones de embarazos no planeados adicionales en el transcurso de un año (Cuadro 1). Incluso una disminución modesta del 10% en la cobertura de la atención médica relacionada con el embarazo y del recién nacido† tendría consecuencias desastrosas para la vida de las mujeres y sus recién nacidos: Además, 1.7 millones adicionales de mujeres que darían a luz y 2.6 millones de recién nacidos experimentarían complicaciones importantes‡ pero no recibirían la atención que necesitan. Esto daría lugar a 28,000 muertes maternas y 168,000 muertes de recién nacidos adicionales.

El segundo escenario ilustrativo se refiere a la capacidad de las mujeres para obtener servicios seguros de aborto. Debido a las restricciones de viaje relacionadas con la pandemia y al cierre de clínicas que brindan servicios de aborto seguro, es posible que las personas tengan que recurrir a abortos inseguros—definidos por la OMS como aquellos realizados por personas que carecen de las habilidades necesarias o que se realizan en un entorno que no se ajusta

*Supusimos que la disminución proporcional del 10% sería la misma para los servicios de los siguientes métodos anticonceptivos modernos: píldoras anticonceptivas orales, inyectables, parche, anillo, píldoras anticonceptivas de emergencia, condones masculinos y femeninos, método de amenorrea de la lactancia, métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad, el DIU, el implante y otros métodos de suministro, como la espuma espermicida y el diafragma.

†Los servicios afectados fueron las siguientes intervenciones: atención por aborto espontáneo entre las 14 y 27 semanas de gestación, atención postaborto por complicaciones del aborto que requieren atención obstétrica de emergencia integral, manejo del embarazo ectópico, inmunización con toxoide tetánico, prevención de la malaria con mosquiteros tratados con insecticida y tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo, tratamiento de la malaria durante la atención prenatal, manejo de casos de enfermedad hipertensiva durante la atención prenatal, parto en un centro de salud, parto en un centro de atención obstétrica de emergencia básica o integral, manejo de la preeclampsia y eclampsia severa, antibióticos para la rotura prematura de membranas, manejo de casos de sepsis materna, atención inmediata del recién nacido, reanimación del recién nacido, atención madre canguro, tratamiento para el bajo peso al nacer y la prematuridad, tratamiento de infecciones locales del recién nacido y tratamiento de la sepsis del recién nacido con antibióticos inyectables o atención de apoyo completa.

‡Las principales complicaciones obstétricas fueron preeclampsia grave, hemorragia anteparto, parto obstruido, eclampsia, manejo de casos de sepsis materna y hemorragia posparto. Las principales complicaciones del recién nacido fueron asfisia, sepsis e infección, sífilis congénita y complicaciones del trabajo de parto prematuro.

CUADRO 1. Impactos anuales potenciales de una disminución proporcional del 10% en el uso de servicios de salud sexual y reproductiva como resultado de las interrupciones relacionadas con COVID-19 en 132 países de ingreso bajo y mediano

Interrupción en la atención esencial de SSR	Impacto
Disminución del 10% en el uso de anticonceptivos reversibles de corta y larga duración	48,558,000 mujeres adicionales con una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos 15,401,000 embarazos no planeados adicionales
Disminución del 10% en la cobertura de servicios esenciales de atención relacionada con el embarazo y del recién nacido*	1,745,000 mujeres adicionales que experimentan complicaciones obstétricas importantes sin atención 28,000 muertes maternas adicionales 2,591,000 recién nacidos adicionales que experimentan complicaciones importantes sin atención 168,000 muertes adicionales de recién nacidos
Cambio del 10% en los abortos de seguros a inseguros†	3,325,000 abortos inseguros adicionales 1,000 muertes maternas adicionales

*La reducción del 10% en la cobertura del servicio incluye cambios en el acceso para algunas intervenciones (ej., parto en un centro de salud) y cambios en el contenido o la calidad de la atención para otros servicios (ej., suministro de sulfato de magnesio para el tratamiento de la eclampsia).†Los abortos inseguros son aquellos realizados por personas que carecen de las habilidades necesarias, o que ocurren en un entorno que no se ajustan a los estándares médicos mínimos, o ambas condiciones. *Notas:* Se supone que los cambios en el servicio representan el cambio promedio durante un año y los impactos son anuales. Consulte las notas al pie del texto para obtener detalles analíticos sobre los métodos anticonceptivos, la atención esencial relacionada con el embarazo y del recién nacido, así como las complicaciones importantes. SSR = salud sexual y reproductiva. *Fuente:* Referencia 13.

a los estándares médicos mínimos, o ambas condiciones.¹⁷ En este escenario, supusimos que el 10% de los abortos que hubieran sido seguros serían inseguros. Para simplificar, supusimos además que no se produciría ningún cambio en el resultado de los embarazos, por lo que el número total de abortos y nacidos vivos permanecería igual.

Estimamos que si los confinamientos a nivel país obligaran a las clínicas a cerrar o si el aborto se considerara un servicio no esencial de modo que el 10% de las mujeres que normalmente tendrían un aborto seguro recurrieran en cambio a un método inseguro, se producirían 3.3 millones de abortos inseguros adicionales en los PIBM en el transcurso de un año (Cuadro 1). Tal aumento en el aborto inseguro resultaría, a su vez, en 1,000 muertes maternas adicionales.

Recomendaciones para encargados de formular las políticas

Claramente, las consecuencias desastrosas para las mujeres y sus familias en los PIBM son posibles si los servicios básicos de salud sexual y reproductiva se reducen o se consideran no esenciales durante la pandemia. El primero de nuestros escenarios hipotéticos supuso una reducción proporcional del 10% en los servicios de salud sexual y reproductiva; sin embargo, los socios en la primera línea de la respuesta a la pandemia han pronosticado una disminución de hasta del 80%,¹⁸ lo que significa que el impacto de la pandemia podría ser mucho mayor de lo que estimamos. En contraste, nuestras estimaciones buscaron cuantificar los efectos de la pandemia en el transcurso de un año, por lo que si el impacto en el sistema de salud es relativamente breve (por ejemplo, unos pocos meses), los esfuerzos para mejorar rápidamente los servicios podrían mitigar algunos de los daños potenciales. Por el contra-

rio, no actuar y no asignar prioridad a la salud sexual y reproductiva durante la fase de recuperación —que podría ser bastante prolongada— permitiría que estos efectos se afianzaran con lo que se revertirían los logros obtenidos durante las últimas décadas. Independientemente de la magnitud o duración, estos impactos podrían sentirse más agudamente entre los grupos desfavorecidos y desatendidos, incluidas las personas adolescentes, las que viven en entornos humanitarios, las que se identifican como LGBT-CI, las que sufren violencia de género, las que viven con el VIH, las que viven en prisión, las que tienen discapacidades y las que tienen un nivel socioeconómico más bajo.^{8,19}

Para evitar esta posible crisis de salud sexual y reproductiva, los gobiernos de los PIBM y sus socios (es decir, donantes y organizaciones no gubernamentales) deben tomar medidas rápidas y decisivas. En primer lugar, deben definir y promover como esenciales los servicios de salud sexual y reproductiva—incluido el aborto seguro, los servicios anticonceptivos y la atención materna y neonatal. Esto permitirá que las personas viajen para recibir servicios de salud sexual y reproductiva—incluso en zonas con el mandato de quedarse en casa o con restricciones de viaje—sin temor a consecuencias legales. En segundo lugar, junto con los actores del sector privado, los gobiernos y sus socios deben fortalecer las cadenas de suministro nacionales y regionales —adoptando medidas como el abastecimiento previo de los productos básicos y la identificación de proveedores alternativos— con el fin de hacer que los medicamentos y suministros para la salud sexual y reproductiva sean más accesibles para proveedores y pacientes. En tercer lugar, para mejorar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, deben ofrecer anticonceptivos sin receta médica; descentralizar la distribución de anticonceptivos,

medicamentos y otros suministros del nivel nacional al regional (para evitar cuellos de botella); prestar servicios en el hogar de las personas cuando sea posible; y facilitar la provisión de productos farmacéuticos para la salud sexual y reproductiva durante varios meses.^{1,20} En cuarto lugar, deben adoptar modelos innovadores de atención, como telesalud y evitar el desvío de recursos y personal de los servicios de salud sexual y reproductiva. Por último, los gobiernos y sus socios deben responder a las necesidades particulares de las poblaciones vulnerables y marginadas, que con frecuencia enfrentan barreras preexistentes para los servicios de atención, mismas que se agravan durante una crisis.⁸ Estas acciones no solo mitigarán el impacto de la COVID-19 a corto plazo, sino que también brindarán beneficios a largo plazo, a medida que se adopten e institucionalicen las innovaciones.

Siendo el mayor donante de programas de salud sexual y reproductiva a nivel mundial, Estados Unidos tiene un papel importante que desempeñar en la prevención de las amenazas inminentes para la salud sexual y reproductiva que hemos descrito. El Congreso de los Estados Unidos puede ayudar a evitar estos resultados de salud adversos mediante la asignación de fondos adicionales para programas mundiales de salud materna y planificación familiar, como los administrados por UNFPA²¹ —para responder al probable aumento de la necesidad insatisfecha de servicios de salud sexual y reproductiva debido a la pandemia; Además, estos esfuerzos deben abordar las necesidades de las poblaciones marginadas. Para permitir que los centros de salud brinden todos los servicios necesarios, el Congreso debe eliminar las políticas restrictivas y aprobar la Ley de Salud, Empoderamiento y Derechos Globales, que revertiría la política de la Ciudad de México (también conocida como la “ley mordaza global”) que prohíbe a las organizaciones no gubernamentales extranjeras proporcionar referencias, asesoramiento o servicios de aborto. Por último, el Congreso debe financiar programas globales adicionales y apoyar políticas que alivien la presión sobre los sistemas de salud, amplíen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva a nivel mundial y promuevan la igualdad de género.¹⁹

Los brotes son inevitables, pero las pérdidas catastróficas para la salud sexual y reproductiva no lo son. Aprendiendo de epidemias anteriores, poniendo en marcha recursos y sistemas de importancia crítica y asegurando la provisión de servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, podemos prevenir interrupciones del sistema de salud que tendrían efectos devastadores y duraderos en las personas, las familias y la comunidad mundial.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud, COVID-19: operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak, 2020, <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>.
2. UNFPA, COVID-19: Un Enfoque de Género, 2020, https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.docx_en-US_es-MX.pdf.
3. Purdy C, Opinion: How will COVID-19 affect global access to contraceptives—and what can we do about it? *Devex*, Mar. 11, 2020, <https://www.devex.com/news/sponsored/opinion-how-will-covid-19-affect-global-access-to-contraceptives-and-what-can-we-do-about-it-96745>.
4. Marie Stopes International, Historias de primera línea. A la sombra de la pandemia COVID-19, 2020, <https://www.mariestopes.org/covid-19/stories-from-the-frontline/>.
5. Federación Internacional de Planificación de la Familia, COVID-19 pandemic cuts access to sexual and reproductive healthcare for women around the world, 2020, <https://www.ippf.org/news/covid-19-pandemic-cuts-access-sexual-and-reproductive-healthcare-women-around-world>.
6. Davies SE y Bennett B, A gendered human rights analysis of Ebola and Zika: locating gender in global health emergencies, *International Affairs*, 2016, 92(5):1041–1060, <http://dx.doi.org/10.1111/1468-2346.12704>.
7. Wenham C et al., COVID-19: the gendered impacts of the outbreak, *Lancet*, 2020, 395(10227):846–848, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2).
8. Hall KS et al., Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response, *Lancet*, 2020, 395(10231):1175–1177, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30801-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30801-1).
9. Sochas L, Channon AA y Nam S, Counting indirect crisis-related deaths in the context of a low-resilience health system: the case of maternal and neonatal health during the Ebola epidemic in Sierra Leone, *Health Policy and Planning*, 2017, 32(Suppl. 3):iii32–iii39, <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czx108>.
10. Bietsch K, Williamson J y Reeves M, Family planning during and after the West African Ebola crisis, *Studies in Family Planning*, 2020, 51(1):71–86, <http://dx.doi.org/10.1111/sifp.12110>.
11. Camara BS et al., Effect of the 2014/2015 Ebola outbreak on reproductive health services in a rural district of Guinea: an ecological study, *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2017, 111(1):22–29, <http://dx.doi.org/10.1093/trstmh/trx009>.
12. FP2020, Measurement, sin fecha, <http://progress.familyplanning2020.org/measurement>.
13. Sully EA et al., *Haciendo cuentas: invertir en salud sexual y reproductiva 2019*, Nueva York: Guttmacher Institute, <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>.
14. Darroch JE, *Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, 2017—Estimation Methodology*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2018, <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-contraception-maternal-newborn-health-2017-methodology>.
15. Bearak JM et al., Pregnancies, abortions, and pregnancy intentions: a protocol for modeling and reporting global, regional and country estimates, *Reproductive Health*, 2019, 16:36, <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-019-0682-0>.
16. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, LiST Visualizer, sin fecha, <https://listvisualizer.org/>.
17. Ganatra B et al., Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model, *Lancet*, 2017, 390(10110):2372–2381, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4).

18. Marie Stopes International, Metodología para calcular el impacto de COVID-19, 2020, <https://www.mariestopes.org/resources/methodology-for-calculating-impact-of-covid-19>.
19. Ahmed Z et al., Nine things Congress must do to safeguard sexual and reproductive health in the age of COVID-19, 2020, Nueva York: Guttmacher Institute, <https://www.guttmacher.org/article/2020/04/nine-things-congress-must-do-safeguard-sexual-and-reproductive-health-age-covid-19>.
20. Naciones Unidas, Responsabilidad compartida, solidaridad global: Respuesta a los impactos socioeconómicos de la COVID-19, 2020, <https://unsdg.un.org/es/resources/responsabilidad-compartida-solidaridad-global-respuesta-los-impactos-socioeconomicos-de>
21. Ahmed Z, The Support UNFPA Funding Act: Righting a policy wrong, 2019, Nueva York: Guttmacher Institute, <https://www.guttmacher.org/article/2019/10/support-unfpa-funding-act-righting-policy-wrong>.

Agradecimientos

Este comentario se publica como parte del proyecto Haciendo Cuentas, apoyado por UK Aid del gobierno del Reino Unido y subvenciones de la Fundación Bill y Melinda Gates, el Ministerio de Relaciones Exteriores de los Países Bajos y la Fundación del Fondo de Inversión de la Niñez. Los hallazgos y conclusiones aquí contenidos son los de los autores y no reflejan necesariamente las posiciones o políticas de los donantes.

Contacto de la autora: triley@guttmacher.org