

Informe Regional sobre la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos: América Latina y el Caribe

Octubre del 2004



Resultados y Recomendaciones

Agradecimientos	2
Siglas	3
Resumen Ejecutivo	4
Objetivo	7
Introducción	8
Demanda de anticonceptivos y necesidad insatisfecha	9
Factores que afectan la DAIA en América Latina	11
Recomendaciones	31
Anexo 1: Tendencias de los anticonceptivos	39
Anexo 2: Requisitos de financiamiento de los MS	40
Anexo 3: Programa de adquisición reembolsable de UNFPA	43
Anexo 4: Gobierno peruano invierte en anticonceptivos	44
Anexo 5: Designación de anticonceptivos como «insumo estratégico»	46
Anexo 6: Fondos para anticonceptivos	47
Referencias	48



DELIVER, es un contrato global, de cinco años de duración, para dar apoyo en asistencia técnica. Está implementado por John Snow Inc. (JSI), (no. de contrato HRN-C-00-00-00010-00), y financiado por la División de Logística y Disponibilidad Asegurada de Anticonceptivos (CSL) de la Oficina de Población y Salud Reproductiva del Departamento de Salud Global (GH) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). DELIVER fortalece la cadena de suministros de los programas de salud y planificación familiar en países en desarrollo para asegurar la disponibilidad de productos de salud críticos para los pacientes.



El Proyecto POLICY está financiado por la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo Contrato no. HRN-00-00-00006-00 y está ejecutado por Futures Group en colaboración con Research Triangle Institute (RTI) y Centre for Development and Population Activities (CEDPA).

La realización del estudio regional sobre la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) no se habría logrado sin la contribución y participación de los Comités de DAIA, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y las afiliadas a la Asociación Internacional de Paternidad Responsable (IPPF) en Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, y la República Dominicana. Los autores de este informe quieren expresar su agradecimiento a los diferentes funcionarios y al personal prestador de servicios en cada uno de los países visitados, por haber dedicado tiempo dentro de su apretada agenda para reunirse con el equipo evaluador. Queremos agradecer a la oficina de USAID para América Latina y el Caribe, en especial Lindsay Stewart por su valiosa orientación y apoyo.

Los autores también quieren expresar su gratitud al siguiente personal de los proyectos DELIVER y POLICY II, por su excelente apoyo y trabajo durante la implementación de cada uno de los estudios y la posterior elaboración y edición del informe regional y de país: Juan Agudelo, Carolina Araúz, Cindi Cisek, Paul Crystal, Katie Daily, Karina García, Corynne Harvey, Ali Karim, Nancy McGirr, Patricia Mostajo, Chris Pinto, Patricia Saenz, Cynthia Salamanca, Sharon Soper, Gracia Subiria, and Chris Wright.

Este informe fué escrito con base en la información recolectada en los cinco países donde se realizaron los estudios regionales realizados entre Septiembre de 2003 a Mayo de 2004 en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú, así como los análisis de datos secundarios realizados para El Salvador y Guatemala. Este informe está disponible tanto en Inglés como en Español, al igual que los resúmenes en los cuales se basó este documento regional. Estos documentos, al igual que los estudios de cada país, se encuentran listados como referencias de este informe y ejemplares de los mismos pueden ser solicitados directamente a los proyectos de DELIVER y POLICY II. Por otro lado, los resúmenes mencionados se encuentran publicados en las páginas de internet de JSI/DELIVER y FG/POLICY II (www.deliver.jsi.com, www.policyproject.com).

Este informe puede ser reproducido siempre y cuando se den los reconocimientos debidos a John Snow, Inc./DELIVER y a Futures Group/POLICY II. Este documento no refleja necesariamente las opiniones o puntos de vista de USAID.

APROFAM	Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala
APROFE	Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana
APROPO	Apoyo a Programas de Población (Perú)
ASHONPLAFA	Asociación Hondureña de Planificación familiar
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAFTA	Central America Free Trade Agreement - Tratado de Libre Comercio de América Central
CDC	Centers for Disease Control - Centros para el control de enfermedades
CEMOPLAF	Centro Médico de Orientación y Planificación familiar (CEMOPLAF)
CIDA	Canadian International Development Agency -Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
CIES	Centro de Investigación, Educación y Servicios (Bolivia)
CEPEP	Centro Paraguayo de Estudios de Población
DAIA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DFID	Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido)
DHS	Demographic and Health Survey - Encuesta de demografía y salud
DIU	Dispositivo Intrauterino
EMP	Empresas Médicas Provisionales
ESR	Encuesta de Salud Reproductiva
INPPARES	Instituto Peruano de Paternidad Responsable
IPPF	International Planned Parenthood Federation - Federación Internacional de Paternidad Responsable
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
MCA	Millennium Challenge Account - Cuenta Desafío del Milenio
MDG	Millennium Development Goal - Meta del milenio para el desarrollo
MS	Ministerio de Salud
MOE	Memorando de Entendimiento
NORAD	Norwegian Agency for Development Cooperation - Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PASMO	Pan American Social Marketing Organization -Organización Panamericana de Mercadeo Social
PF	Planificación familiar
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPME	Países Pobres Muy Endeudados
PSI	Population Services International
SIAL	Sistema de Información de la Administración Logística
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil (Bolivia)
SWAP	Sector-Wide Approach - Enfoque Amplio de Sector
TPA	Tasa de Prevalencia Anticonceptiva
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	United States Agency for International Development - Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

A comienzos del verano de 2003, la Oficina para América Latina y el Caribe de la división de Población y Salud Reproductiva, de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, prestaron su apoyo a un estudio regional de un año de duración para determinar en qué forma se podía fortalecer y tratar con mayor efectividad la planificación de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos (DAIA) en América Latina y el Caribe. Este documento se concentra en los resultados claves de evaluaciones de países de América Latina y el Caribe que se realizaron en Bolivia, Honduras, Perú, Paraguay y Nicaragua; e incluye análisis de datos secundarios de El Salvador y Guatemala. También presenta recomendaciones que los autores creen merecen consideración a nivel de región y de cada país y que podrían servir de base para iniciativas de disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en la región.

Reducción gradual de donaciones de USAID a América Latina y el Caribe

Se estima que para el año 2008, USAID habrá finalizado sus donaciones de anticonceptivos a países de América Latina y el Caribe. Mediante la reducción de su dependencia de los suministros donados por USAID, los países aumentarán la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, que existe cuando las personas pueden obtener y usar voluntariamente anticonceptivos y condones cada vez que los necesitan. El cronograma de reducción gradual de las donaciones varía de un país a otro.

Demanda de anticonceptivos y necesidad insatisfecha

Los gobiernos de América Latina y el Caribe han realizado considerables inversiones en planificación familiar a fin de aumentar el número de puntos de prestación de servicios, mejorar la calidad y distribuir anticonceptivos gratuitamente en establecimientos de salud administrados por el gobierno. Además, con apoyo de los donantes, las ONG han ampliado sus programas de mercadeo social. Como resultado, la demanda de anticonceptivos y condones ha aumentado en forma significativa. Pese a todo, el uso de anticonceptivos modernos sigue siendo bajo entre las mujeres que viven en zonas rurales, entre las que pertenecen a los grupos socioeconómicos más bajos, las jóvenes, los sectores con escasa educación y grupos étnicos específicos.

Factores que afectan la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en América Latina y el Caribe

4

El aspecto más urgente para los países de América Latina y el Caribe que enfrentan la reducción gradual de las donaciones de anticonceptivos por parte de USAID es identificar otras fuentes de financiamiento y adquisición de insumos de salud reproductiva. Sin embargo, el acceso por parte de los usuarios a productos gratuitos y subsidiados es bastante generalizado en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, lo cual dificulta en manera extrema la satisfacción de la demanda en el

clima actual de contracción de los presupuestos en el sector público. Hace falta una segmentación equitativa del mercado entre los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social, las farmacias comerciales, los proveedores particulares de servicios de salud y las ONG para alcanzar una disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos después del retiro de donaciones de USAID, que contribuya a reducir la demanda insatisfecha entre poblaciones cuyos servicios son insuficientes incluso con los programas actuales.

Otro factor de presión sobre los Ministerios de Salud y las ONG proviene de la falta de opciones de adquisición, particularmente porque la mayoría de los países de América Latina y el Caribe tienen regulaciones que favorecen el uso de distribuidores locales por encima de fuentes internacionales. Los países pueden considerar seis opciones de compra:

- Compras centralizadas por conducto de una organización internacional (por ej., el Fondo de Población de las Naciones Unidas)
- Compras centralizadas por licitación pública
- Financiamiento y compras descentralizadas
- Compra centralizada con financiamiento descentralizado
- Alianzas entre fabricantes y las ONG
- Compras a nivel regional o negociación regional de precios

Las estrategias de disponibilidad asegurada de insumos de salud reproductiva también deben tener en cuenta otros factores no financieros que ayudan a determinar su disponibilidad. Por ejemplo, el compromiso político de un país hacia la planificación familiar y la eficiencia de sus sistemas logísticos para calcular la necesidad de anticonceptivos y entregarlos en los puntos de distribución afecta en gran medida la disponibilidad de insumos para los clientes. Hacer frente a factores como estos se ha hecho más difícil en vista de la reforma del sector salud, la cual hace hincapié en la adopción descentralizada de decisiones y la integración de la gestión de diferentes programas de salud pública y sus sistemas logísticos.

Recomendaciones

Si bien se emplearon los resultados de los estudios realizados en Bolivia, Honduras, Perú, Paraguay y Nicaragua para elaborar recomendaciones para cada país, es posible impulsar una serie de iniciativas y acciones comunes para la región, a fin de garantizar que se mantenga la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos una vez que finalicen las donaciones de USAID.

- **Desarrollar planes amplios que describan estrategias para abordar la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, así como planes oficiales sobre reducción gradual de donaciones de anticonceptivos, entre USAID-Gobierno y USAID-ONG.** Dichos planes deben incluir un cronograma factible que permita implementar una reducción gradual realista de donaciones a la vez que éstas son reemplazadas con los fondos propios de las instituciones. Los planes no solo deben ocuparse del cálculo de las necesidades financieras, sino también de defensa de la causa y recaudación de fondos, segmentación del mercado de anticonceptivos, regulación de costos, opciones de adquisición, gestión logística, política de salud reproductiva y coordinación entre donantes.

- Trabajar para **aumentar el presupuesto para anticonceptivos**, o sea, luchar por el establecimiento de líneas presupuestales específicas para los anticonceptivos y la designación de los anticonceptivos como insumos de salud “estratégicos”. Será necesario identificar fondos para salvar la brecha entre el retiro de las donaciones de USAID y una manera de realizar compras costo efectivas y sostenibles.
- **Realizar análisis de segmentación del mercado** para mejorar la participación en el mercado de anticonceptivos entre los sectores privado y público, y a la larga **destinar anticonceptivos gratuitos y subsidiados** a aquellos que no pueden pagarlos. Se debería realizar un análisis más a fondo de la segmentación del mercado y adoptar más iniciativas estratégicas para identificar a los beneficiarios.
- **Comprar anticonceptivos por conducto del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) o del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)**, u otras opciones de bajo costo, a fin de aprovechar precios más bajos que aquellos ofrecidos por las compañías farmacéuticas comerciales. Deben explorarse otras opciones de adquisición para el largo plazo, incluidas la negociación o la adquisición de productos a nivel regional, especialmente para ver su adaptabilidad a un sistema en el cual el financiamiento puede ser descentralizado pero las compras sean centralizadas.
- **Promover la salud reproductiva y la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos** como aspectos esenciales del desarrollo económico, particularmente mediante el fortalecimiento de grupos de defensa de la causa (grupos de la sociedad civil).
- **Integrar cuidadosamente y seguir fortaleciendo los sistemas de administración logística de anticonceptivos** velando por que el personal que maneja los anticonceptivos a todos los niveles de la cadena de suministros tenga la capacitación apropiada, las herramientas que necesita y una supervisión periódica.

En este documento se resumen los resultados de un estudio regional, realizado con el fin de mejorar la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en la región de América Latina y el Caribe. El informe se concentra en resultados comunes tomados de estudios de países y en recomendaciones que los autores opinan merecen consideración a nivel regional y de país. Cada uno de los estudios también produjo una serie de resultados y recomendaciones específicas por país, disponibles en forma de resumen. El lector interesado podrá pedir acceso a los estudios completos por país.

La Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos se logra cuando las personas tienen la capacidad de escoger, obtener y utilizar anticonceptivos y condones cuando los necesitan.

Desde hace más de tres décadas, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) viene apoyando el desarrollo de programas de PF en el sector público con resultados impactantes en países de América Latina y el Caribe, mediante asistencia técnica y la donación de anticonceptivos a los ministerios de salud (MS) y las organizaciones no gubernamentales (ONG). En la actualidad, ayudar a los programas a reducir su dependencia de las donaciones de USAID al tiempo que diversifican sus fuentes de financiamiento y desarrollan su capacidad de adquirir insumos en forma independiente son pasos esenciales para mejorar la DAIA en la región y sustentar los servicios de salud reproductiva.

USAID prevé una reducción gradual de todos sus programas de donación de anticonceptivos en la región de América Latina y el Caribe, que finalice después del año 2008. El cronograma para la reducción de las donaciones varía de un país a otro. En la actualidad:

- Chile, Colombia y México ya no reciben anticonceptivos donados por USAID
- República Dominicana, Ecuador y Paraguay ya no reciben apoyo regular de USAID en cuanto a donaciones de anticonceptivos, pero siguen recibiendo donaciones esporádicas de USAID y del UNFPA.
- El Salvador, Guatemala y Perú van en camino de finalizar las donaciones de anticonceptivos por parte de USAID.
- Honduras y Nicaragua todavía no han comenzado el proceso de reducción gradual, pero se prevé que para 2008 dejarán de recibir donaciones de anticonceptivos de USAID.
- En Bolivia, el Ministerio de Salud y Deporte no recibe donaciones de USAID. Las donaciones por parte de DFID terminan en el año 2004. Las donaciones de USAID al programa de mercadeo social de PROSALUD van a continuar hasta el año 2008.

En el año 2003, la Oficina de USAID dedicada a Población y Salud Reproductiva en América Latina y el Caribe organizó una conferencia de DAIA para todos los países de la región. Los proyectos DELIVER y POLICY II organizaron la conferencia en Managua, Nicaragua. Funcionarios de Bolivia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú participaron en la conferencia. Como resultado de la misma, se formaron comités de DAIA a nivel nacional en cinco de los países.

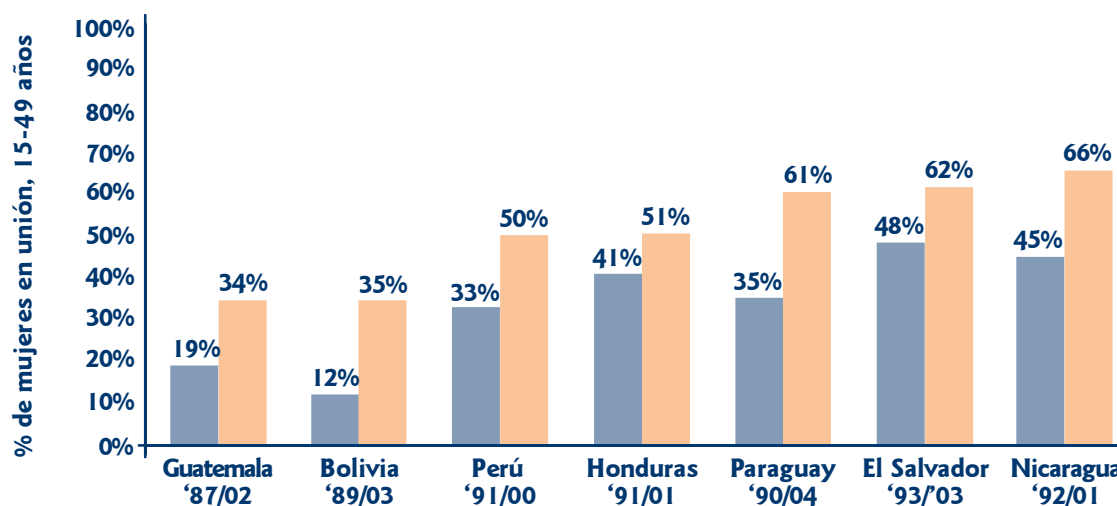
Durante el año posterior a la celebración de la conferencia de Managua, se realizaron estudios de país en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú, utilizando el marco conceptual de “Strategic Pathway Reproductive Health Commodity Security (SPARHCS)”¹. Estos estudios aportaron datos para determinar qué elementos de la DAIA podían abordarse o resolverse con más efectividad a través de estrategias regionales. Si bien no se realizaron estudios SPARHCS en Guatemala ni El Salvador, en estos países se realizaron análisis con base en datos secundarios.

¹ Elaborada por los proyectos DELIVER, POLICYII y CMS (en colaboración con USAID, UNFPA y otros donantes y organismos técnicos), SPARHCS es un instrumento de evaluación que consiste en indicadores que miden el progreso de un país hacia la disponibilidad asegurada de insumos de salud reproductiva. Los indicadores han sido concebidos para evaluar la situación de un país, y su “contexto, compromiso, fondos, coordinación, capacidad y clientes,” con respecto a la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos.

Demanda de anticonceptivos y necesidad insatisfecha

Los países de América Latina y el Caribe muestran progreso significativo en su tasa de prevalencia de anticonceptivos² (TPA) para métodos modernos en los años noventa. Como se muestra en la Figura 1, la TPA para métodos modernos aumentó de 10 a 26 puntos de porcentaje en siete países de América Latina y el Caribe entre 1990 y 2003. Durante ese tiempo, los gobiernos realizaron inversiones considerables en planificación familiar en el sector público, a fin de aumentar el número de puntos de prestación de servicios, mejorar la calidad y poner a disposición anticonceptivos gratuitos en establecimientos gubernamentales de salud. Con la asistencia de donantes, las ONG ampliaron sus programas de mercadeo social en la mayoría de los países. Captando distribuidores, agregando vendedores móviles y ampliando la red aliada de farmacias, puntos de venta comerciales y promotores comunitarios, han ayudado a llevar anticonceptivos y condones más al alcance de los usuarios. También han invertido en agresivas campañas publicitarias de información, educación y comunicación que han creado conciencia en la población general y han generado demanda de anticonceptivos y condones distribuidos en programas de mercadeo social.

Figura 1: Tendencias en el uso de anticonceptivos modernos en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2 años



Fuente: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16

² La tasa de prevalencia de anticonceptivos es el porcentaje de mujeres casadas (incluye mujeres en pareja) entre los 15 y los 49 años de edad que usan, o cuyos compañeros usan, algún anticonceptivo, ya sea moderno o tradicional.

El uso de anticonceptivos modernos es marcadamente más bajo entre las mujeres que viven en zonas rurales, en los grupos socioeconómicos más bajos, los jóvenes, las personas con menos educación y grupos étnicos específicos. En los mismos países que aparecen en la Figura 1, la tasa de uso de anticonceptivos es en promedio 15 puntos de porcentaje más baja en las zonas rurales que en las zonas urbanas (ver Anexo 1). Más importante aún, hay una sorprendente disparidad entre el uso de anticonceptivos de la población ubicada en el quintil más alto y la ubicada en el quintil más bajo³ (ver Anexo 1). En Bolivia, por ejemplo, a pesar que en el 2003 la TPA en el grupo socioeconómico más alto era del 46 por ciento, en el sector más bajo únicamente llegaba al 7 por ciento.

La necesidad insatisfecha⁴ y el uso de métodos tradicionales (menos efectivos), de planificación familiar son más altos allí donde el uso de anticonceptivos modernos es más bajo. En algunos casos, las disparidades entre el uso de anticonceptivos y las tasas más elevadas de necesidad insatisfecha infieren una falta de acceso geográfico a información y servicios de planificación familiar. En otros, las barreras financieras y culturales que limitan el acceso a servicios que de otra forma estarían disponibles, son tal vez más importantes aún.

En virtualmente todos los países de la región, la mujer rural, la joven, la que no tiene educación y la que pertenece a grupos étnicos marginados muestra tasas más altas de pobreza y tasas más bajas de uso de anticonceptivos. Está claro que la pobreza y la necesidad insatisfecha afectan a la mujer tanto en comunidades urbanas como rurales, y que la mujer más pobre es la que tiene menos probabilidades de acceder a anticonceptivos, aun cuando se le provean en forma gratuita. Si bien los países de América Latina y el Caribe han avanzado muchísimo en su oferta de anticonceptivos gratuitos y de bajo costo al público, todavía queda trabajo por hacer para garantizar que estos grupos sub-atendidos tengan acceso y reciban anticonceptivos y condones subsidiados.

³ Un quintil de población o de ingresos divide a la población en cinco grupos de ingresos (desde el más bajo hasta el más alto) de tal forma que el 20% de la población se encuentra en cada grupo.

⁴ Diferentes investigadores definen de diferente manera la necesidad insatisfecha de planificación familiar, pero por lo general se refiere a mujeres que no están embarazadas y declaran que no quieren tener más hijos, en el presente ni en el futuro, pero que no están empleando ningún anticonceptivo moderno para evitar el embarazo.

El aspecto más urgente en los países de América Latina y el Caribe es atender la reducción gradual de las donaciones de anticonceptivos por USAID y encontrar otras fuentes de financiamiento y adquisición de insumos de salud reproductiva. Las estrategias de DAIA también deben tener en cuenta otros factores que ayudan a determinar su disponibilidad. Por ejemplo, el compromiso político de un país hacia la planificación familiar y la eficiencia de sus sistemas de logísticos para calcular las necesidades de anticonceptivos y su distribución a los puntos de prestación de servicios afecta en gran medida la disponibilidad de insumos de planificación familiar de los clientes. En muchos países, las reglamentaciones que favorecen compra nacional también presentan una barrera al acceso a insumos anticonceptivos a precios más bajos.

A. Financiamiento de anticonceptivos y condones

1. Hacia la independencia financiera

En los años noventa, USAID y el UNFPA suministraban casi la totalidad de los anticonceptivos y condones que se utilizaban en el sector público y los programas de mercadeo social en la región de América Latina y el Caribe. Sin embargo, las fuentes de suministro de estos productos han cambiado con la reducción gradual de USAID, de tal forma que los gobiernos y las ONG han tomado medidas importantes para diversificar su base de financiamiento y garantizar una mayor sostenibilidad de los insumos.

Financiamiento de USAID

Desde 1995, USAID ha donado US\$67 millones en anticonceptivos y condones para la prevención del VIH/SIDA a nueve países de América Latina y el Caribe. USAID ha sido la principal fuente de financiamiento de anticonceptivos para ONG y programas de mercadeo social, y se ha aliado con el UNFPA para suministrar anticonceptivos a la mayoría de los ministerios de salud. En la sección II (introducción) de este informe, se mencionó que la reducción gradual de las donaciones de USAID a la región de América Latina y el Caribe ha avanzado a diferente ritmo en cada país, pero se prevé que se finalice para 2008.

UNFPA y el financiamiento por parte de otros donantes

El UNFPA sigue realizando donaciones anuales de anticonceptivos y también está administrando las donaciones provenientes de otros donantes. Por ejemplo, el DFID, (Department for International Development, Departamento de Desarrollo Internacional, del Reino Unido) y la CIDA (Canadian International Development Agency, Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional) están financiando donaciones de anticonceptivos y condones a los ministerios de salud en Bolivia y Guatemala respectivamente. En ambos casos, las donaciones son parte de programas que resultarán en el establecimiento de fondos rotatorios que facilitarán la adquisición futura de insumos por parte de los gobiernos. En Nicaragua, el UNFPA está recaudando fondos y actuando como agencia implementadora

para el financiamiento conjunto por la Agencia Noruega de Desarrollo (NORAD), el DFID, la CIDA y la Universidad de Columbia. Más aún, los exitosos esfuerzos del UNFPA para recaudar fondos de emergencia para el financiamiento de anticonceptivos y condones permitió que la agencia aumentara sus propias donaciones a varios países comenzando en 2003. No está claro si las donaciones de anticonceptivos por el UNFPA continuarán a los niveles actuales, y ello dependerá del éxito de la recaudación de fondos y de la prioridad que el UNFPA otorgue a cada país de la región de América Latina y el Caribe.

Financiamiento por parte del gobierno

Como se muestra en el Cuadro 1, en los últimos tres años la mayoría de los ministerios de salud se ha apoyado en las donaciones para cubrir la mayor parte de sus necesidades de anticonceptivos.

Cuadro 1: Porcentaje de necesidades de anticonceptivos y condones de los ministerios de salud, cubiertos por donantes, 2001-2003

	2001	2002	2003
Bolivia	100%	100%	100%
Honduras	91%	65%	77%
Nicaragua	100%	100%	100%
Paraguay	100%	89%	95%
Perú	21%	50%	30%

Fuentes: Oficinas de país, con base en datos de NEWVERN, UNFPA, informes de Ministerios de salud y entrevistas personales.

En los países de América Latina y el Caribe existen diversos planes para aumentar el financiamiento para la compra de anticonceptivos y condones por parte del gobierno:

- Se prevé que el gobierno de Perú comprará 80% de sus anticonceptivos y condones en 2004, y que será autosuficiente para 2005.
- Bolivia se propone comenzar a cobrar a sus municipalidades por los anticonceptivos y condones en 2004 y usará las recaudaciones para establecer un fondo rotatorio a nivel nacional para compras futuras. La fuente de financiamiento para las compras por parte de las municipalidades será el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).
- USAID y el MS de Nicaragua todavía no tienen un cronograma para la reducción gradual de USAID, y el MS no tiene presupuesto para anticonceptivos ni condones en 2004.
- Se prevé que El Salvador invertirá \$1,2 millones en 2005, cubriendo así 100% de sus necesidades para ese año.

- El MS de Guatemala contribuirá aproximadamente \$300.000 (equivalente a 30 por ciento de sus costos totales de anticonceptivos y condones) a un fondo de reserva del UNFPA/Guatemala que se está estableciendo para facilitar compras futuras del gobierno. Esta cantidad aumentará cada año hasta el año 2006, cuando se espera que el MS cubra 55 por ciento del costo total anual de los anticonceptivos que distribuye.

Financiamiento por parte de las ONG

Como se muestra en el Cuadro 2, la independencia financiera de las ONG y los programas de mercadeo social manejados por ellas varía significativamente de un país a otro. En la última década, muchos países han tenido que lidiar con la transición de las donaciones de USAID hacia el autofinanciamiento. Como resultado de su transición de dependencia de los donantes hacia la autosuficiencia y la sostenibilidad, las ONG en la actualidad prestan menos volumen de servicios que en el pasado. No obstante, siguen siendo importantes proveedoras de servicios y en la actualidad están comprando sus propios anticonceptivos y condones y recuperando costos mediante la venta de productos en sus clínicas y programas de mercadeo social.

Cuadro 2: Porcentaje de necesidades de anticonceptivos y condones en programas de PF y mercadeo social de ONG cubiertas por donantes, 2001-2003 (agregado)

Bolivia – CIES	0
Bolivia – PROSALUD	98%
Honduras – ASHONPLAFA	75%
Nicaragua – PROFAMILIA	63%
Paraguay – CEPEP	74%
Paraguay – PSI/PROMESA	30%
Perú – APROPO	0
Perú – INPARRES	10%

Fuentes: NEWVERN e información suministrada por las organizaciones mencionadas

Programas de mercadeo social y financiamiento por parte de los consumidores/usuarios

Varios de los programas de mercadeo social más grandes de la región están en buena posición para alcanzar la sostenibilidad financiera. Los programas que ya han alcanzado un alto grado de sostenibilidad financiera incluyen a APROPO en Perú, PASMO en América Central (incluida su afiliada en Nicaragua) e IPROFASA en Guatemala. Todas se autofinancian o están muy cerca de lograrlo en términos de los anticonceptivos y condones que compran y venden. Al mismo tiempo, la mayoría todavía reciben algún nivel de ayuda⁵ de USAID y/o de la Federación Internacional de Paternidad

⁵ El apoyo se da en forma de anticonceptivos y condones donados, o bien mediante donaciones para mercadeo y actividades de desarrollo institucional.

Responsable (IPPF, International Planned Parenthood Foundation). PROSALUD, ASHONPLAFA, PROFAMILIA/República Dominicana, PROFAMILIA/Nicaragua, PROMESA/Paraguay, CEMOPLAF, APROFE y APROFAM, todas están comprando anticonceptivos y condones y están avanzando hacia un mayor autofinanciamiento. Para estas ONG será un desafío mantener los bajos precios que les han permitido lograr su actual participación en el mercado, porque cada vez están comprando más insumos en el mercado comercial. Sin embargo, con apoyo de USAID y otros, han podido crear fondos de reserva de bajo monto que les permitirán comprar y parcialmente subsidiar el costo de anticonceptivos y condones por varios años una vez terminen las donaciones de USAID.

2. La brecha que se avecina en el financiamiento por parte del sector público

Muchos gobiernos que han comenzado a destinar fondos propios a la compra de anticonceptivos y condones lo están haciendo con esfuerzo, debido en parte a la disminución de ingresos por concepto de impuestos y a que los fondos recaudados compiten con otras prioridades, tales como medicamentos esenciales y vacunas. Más aún, un crecimiento económico muy bajo en toda la región en los últimos tres años ha llevado a déficits presupuestales y a recortes en el presupuesto público en muchos países de América Latina y el Caribe. Se prevén recortes considerables en los presupuestos de los ministerios de salud en Bolivia, Perú y Nicaragua para el 2004. Más aún, dos de los tres países de la región certificados como Países Pobres Muy Endeudados⁶ - Nicaragua y Bolivia - se vieron obligados a usar créditos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en 2003 para comprar medicamentos esenciales y vacunas que anteriormente habían sido financiados por su tesoro nacional.

En este estudio se prestó atención especial a las necesidades financieras del sector público porque en la actualidad los ministerios de salud son los principales proveedores de anticonceptivos en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Usando datos del software SPECTRUM⁷, tomando las encuestas de demografía y de salud más recientes y estudios de precios en los países, el equipo de DELIVER y POLICY II que realizó los estudios preparó proyecciones financieras y de insumos hasta el año 2015 para cada uno de los países estudiados. Seguidamente, las proyecciones financieras, comparadas con donaciones y compras pasadas, se usaron para generar el análisis de la brecha de financiamiento que se incluye en el Anexo 2. Las necesidades financieras futuras varían según el tamaño de la población de cada país, su mezcla de métodos anticonceptivos y la tasa de prevalencia de anticonceptivos. En los demás aspectos, los factores que afectan las necesidades futuras de financiamiento son iguales.

Parte del mercado que le corresponde al gobierno

En los países en los cuales el gobierno financia más de la mitad de los anticonceptivos utilizados, como es el caso de Perú, los requisitos futuros de financiamiento son altos. Dadas las presiones económicas sobre los gobiernos y los ministerios de salud, estos costos podrían fácilmente abrumar los presupuestos de ministerios vulnerables.

⁶ La Iniciativa de Países Pobres Muy Endeudados (PPME) se propone reducir la excesiva carga de la deuda que enfrentan los países más pobres. PPME es una colaboración entre el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

⁷ SPECTRUM fue desarrollado por The Futures Group Internacional y se lo puede consultar en www.tfgi.com

Mezcla de métodos anticonceptivos

El requerimiento financiero de los anticonceptivos ha aumentado en la mayoría de los países desde mediados de los noventa, debido al aumento de la demanda de inyectables. La caída en el uso del dispositivo intrauterino (DIU) en Perú y Nicaragua y de la esterilización voluntaria en Honduras y Bolivia son causa de preocupación, tanto por motivos financieros como porque indican que tal vez no todos los métodos anticonceptivos estén igualmente disponibles a todos los usuarios. En cierta medida, la creciente preferencia por los inyectables se debe a la disposición de los donantes a aumentar el suministro de DepoProvera®, sobre la base del consumo. También afecta los costos para el gobierno en medida desproporcionada, porque los ministerios de salud se han convertido en los principales proveedores de anticonceptivos inyectables. Como se muestra en el Cuadro 3, Paraguay es el único de cinco países que ha mantenido una mezcla de métodos relativamente estable y equilibrada. Es interesante ver que la parte del mercado que le corresponde al gobierno de Paraguay es muy pequeña y que al mismo tiempo las donaciones han sido limitadas.

Cuadro 3: Uso de métodos anticonceptivos seleccionados por mujeres en edad fértil casadas o en pareja, 1990-2003

País	Inyectables		DIU		Esterilización	
	1990	2000	1990	2000	1990	2000
Bolivia	2%	16%	16%	18%	15%	11%
Honduras	0%	16%	17%	16%	36%	18%
Nicaragua	2%	21%	18%	9%	39%	37%
Paraguay	12%	14%	13%	16%	17%	16%
Perú	3%	21%	23%	13%	13%	19%

Fuentes: Paraguay ENDSSR 1990-2004; Perú ENDES 1992-2000; Bolivia ENDSA 1989-2003; Nicaragua ENDESA 1992-2001; Honduras ENESF 1996-2000

Opciones de adquisición y precios unitarios

Las opciones de compra a disposición de los gobiernos tienen un efecto importante sobre los costos. Por ejemplo, Perú ha podido cubrir 80% de sus necesidades de anticonceptivos en 2004 únicamente porque el Ministerio de Salud está comprando anticonceptivos a los precios más bajos posibles, por conducto del UNFPA. En Honduras, donde el gobierno está pagando precios mucho más altos, la considerable contribución financiera del gobierno en 2002 fue suficiente apenas para cubrir el 20 por ciento de los requerimientos totales.

Proyecciones y adquisiciones realistas

Esta claro que la proyección de necesidades es un problema para los ministerios de salud y los donantes. La falta de datos actualizados de consumo y de niveles de existencias han producido costos innecesarios y desperdicio de recursos escasos. El desperdicio o potencial desperdicio de DIU se ha convertido en un problema en varios países, incluidos Bolivia y Perú, porque la demanda real es muy inferior a las estimaciones hechas con anterioridad a la introducción del inyectable.

3. Planificación de la DAIA

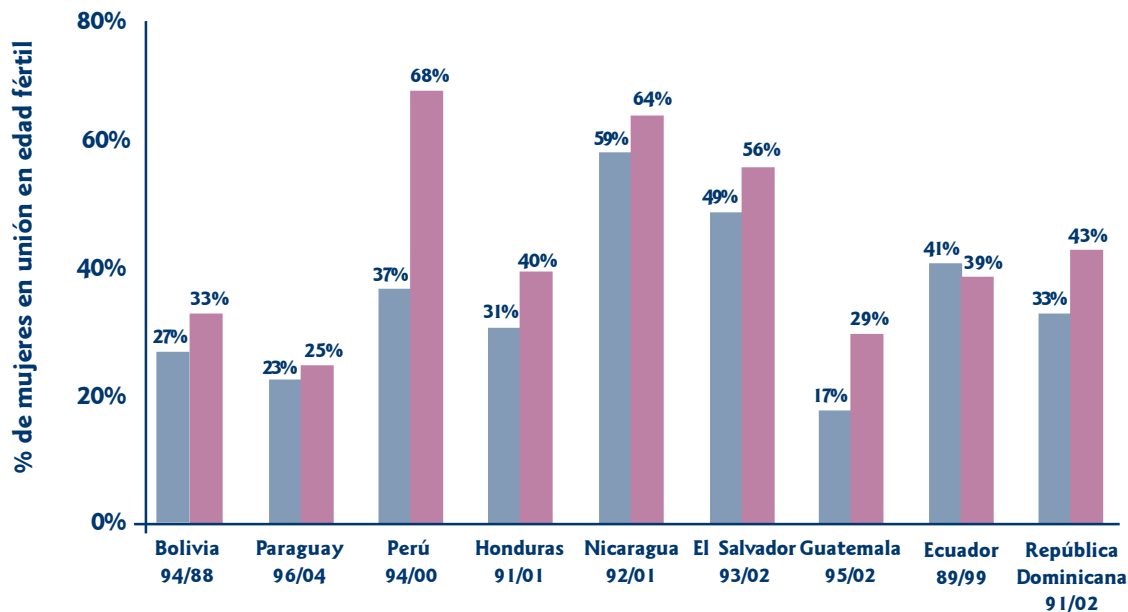
Un plan formal de reducción gradual entre los gobiernos, las ONG y los donantes puede mejorar la sostenibilidad financiera de los programas de planificación familiar. USAID ha ayudado a las ONG de planificación familiar en muchos países de América Latina y el Caribe a lograr la sostenibilidad financiera mediante una serie de proyectos en los últimos diez años que ha incluido la reducción gradual de donaciones. El amplio tiempo de preparación que estos proyectos han brindado a las ONG para asumir la independencia de donaciones definitivamente ha contribuido a que las probabilidades de éxito sean mayores. Por otro lado, la dependencia de donaciones por parte de los gobiernos ha ido en aumento durante el mismo periodo, volviéndose más importante el contar con planes adecuados de reducción gradual de donaciones para los gobiernos que para las ONG mismas. Sin embargo, a la fecha solamente tres de los 7 países que aún reciben donaciones cuentan con planes oficiales de reducción gradual de donaciones o acuerdos con USAID. El plan formal para la reducción gradual de donaciones con que cuenta Perú desde el año 1998 y que ha sido usado para guiar al Ministerio de Salud en la compra de anticonceptivos y en el manejo de las donaciones de USAID definitivamente ha contribuido a que el Gobierno incremente de forma consistente el presupuesto para la compra de anticonceptivos, inclusive a pesar de la oposición hacia la planificación familiar al interior del Ministerio de Salud en años recientes. Guatemala también tiene un convenio explícito entre el Ministerio de Salud, el UNFPA y USAID, que está guiando el proceso de reducción gradual de donaciones y la creación de un fondo rotatorio para compras futuras de anticonceptivos. El Salvador es el tercer país que está trabajando en una estrategia de independencia gradual de donaciones bajo las directrices de un acuerdo formal con USAID.

B. Segmentación del mercado: Equilibrio en el papel de los sectores público y privado

1. Mayor dependencia del sector público

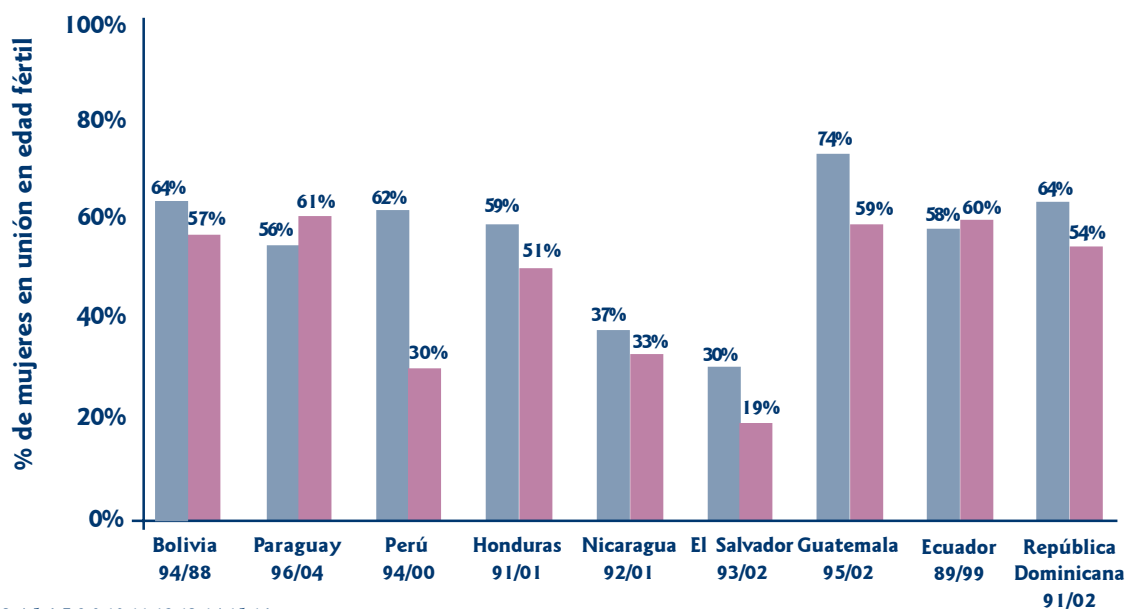
En la mayoría de los países el mercado de anticonceptivos está dividido entre el ministerio de salud, un instituto (o institutos) de seguridad social, farmacias comerciales, proveedores de salud del sector privado y ONG. El segmento del mercado y el perfil de los clientes de cada uno de estos sectores varía mucho entre los países. Como se muestra en las Figuras 2 y 3, con dos excepciones, todos los países estudiados han experimentado dramáticos aumentos en la porción del mercado correspondiente al sector público en los últimos 15 años, acompañados por una reducción simultánea en el papel del sector privado. En Perú, Nicaragua y El Salvador, la cobertura del Gobierno en la provisión de métodos y servicios de planificación familiar sobrepasa el 50 por ciento; una proporción que a lo mejor no sea fácil mantener en el futuro, especialmente en Perú, donde dicha cobertura está apenas por debajo del 70 por ciento.

Figura 2: Porción del mercado de anticonceptivos correspondiente a los MS en países de América Latina y el Caribe



Fuente: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16

Figura 3: Porción del mercado de anticonceptivos correspondiente al sector privado en países de América Latina y el Caribe



Fuente: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16

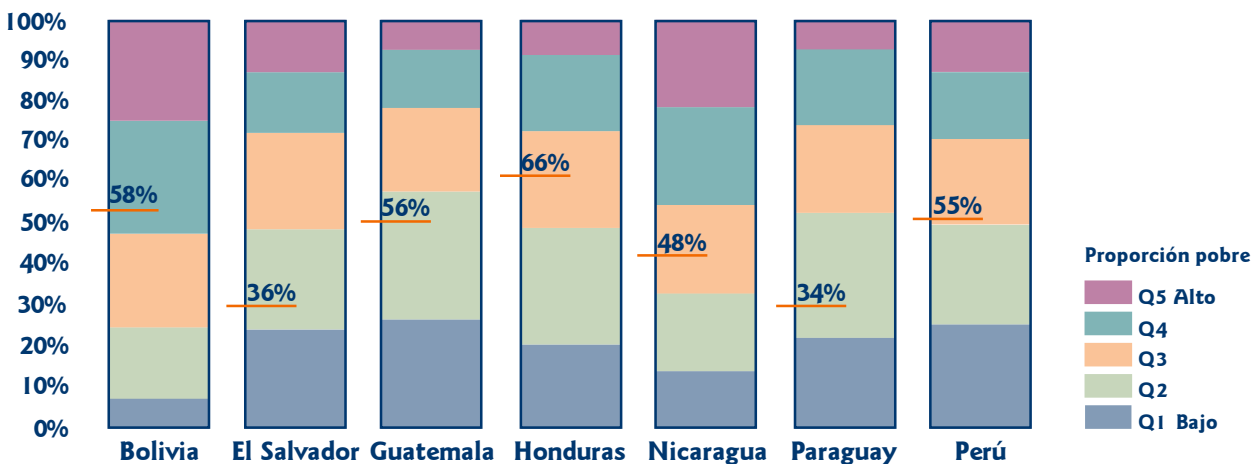
2. Falta de focalización/destinación de recursos públicos a los pobres

El papel del sector público en la planificación familiar debería ser ofrecer servicios y productos a los que más necesitan subsidios. En el pasado, las donaciones han hecho posible que los gobiernos y las ONG ofrezcan anticonceptivos y condones gratuitos o subsidiados a toda persona que los solicitara en los establecimientos de salud. Sin embargo, a medida que se reducen las donaciones y con presupuestos cada vez más apretados, la necesidad de mejorar la selección de los se está convirtiendo en una necesidad en la mayoría de los países.

Como se muestra en el Figura 4, proporciones considerables de usuarios de planificación familiar en los dos quintiles socioeconómicos más altos tienen acceso a anticonceptivos gratuitos o subsidiados por el sector público. A menos que los gobiernos tengan los fondos para dar anticonceptivos gratis a los usuarios de todos los quintiles, los clientes del cuarto y el quinto, (como mínimo) deberían ser remitidos a las ONG y al sector comercial. Exigirles que paguen de su bolsillo por los servicios de planificación familiar aliviaría al gobierno de parte de su futura carga financiera, estimulando al mismo tiempo al sector privado.

La selección de beneficiarios es una práctica desconocida en los países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Paraguay emplea una cuasi-forma de selección. Los anticonceptivos se entregan gratuitamente a los clientes, pero se cobra una pequeña cantidad por las consultas de planificación familiar. Se exime de pagar a los clientes a quienes una asistente social considera más pobres.

Figura 4: Proporción de mujeres que reciben anticonceptivos del MS, por quintil socio-económico



Fuentes: Tasas de pobreza: Indicadores de Desarrollo Mundial. Tasa de prevalencia de uso por fuente de método anticonceptivo: Estudios más recientes de ESR (Encuestas de demografía y salud) o EDyS (Encuestas demográficas y de salud) para los cuales se cuenta con datos por quintil e ingresos. Para Bolivia y Paraguay, los datos de 1998 fueron utilizados, ya que al momento del estudio no se disponía de datos más recientes que permitan el análisis por quintil socio-económico.

3. Los institutos de seguridad social desempeñan papeles menores

En el pasado, los institutos de seguridad social desempeñaban un papel más importante en la provisión de anticonceptivos y condones. Si bien la población cubierta por sistemas de seguridad social en la mayoría de los países es escasa y se limita a los que tienen empleo formal, se prevé que en los años venideros los sistemas de seguridad social van a crecer. USAID continúa suministrando anticonceptivos al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), pero ha reducido sus donaciones al Instituto de Seguridad Social en Perú (ESSALUD), la Caja Nacional de Bolivia, al Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) y al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). En Honduras y Paraguay, los institutos de seguridad social todavía reciben donaciones limitadas de sus respectivos ministerios de salud.

De los institutos de seguridad social de los 5 países que se estudiaron, sólo el de El Salvador parece otorgar prioridad a la planificación familiar y a los anticonceptivos. Como se muestra en el Cuadro 4, una gran mayoría de los que reúnen los requisitos para la seguridad social en la mayoría de los países obtiene anticonceptivos por otros medios. Claramente, dado que los anticonceptivos son gratuitos y abundantes en muchos establecimientos del Ministerio de Salud, los institutos de seguridad social no sienten mucha presión para ofrecer estos productos. Sin embargo, con la reducción de las donaciones de anticonceptivos, los ministerios de salud deberían considerar mecanismos para trasladar la responsabilidad de atender a los beneficiarios de la seguridad social en sus respectivas instituciones. En la actualidad, ninguno de los ministerios de salud estudiados de América Latina y el Caribe tiene un plan de reembolso por anticonceptivos por la Seguridad Social, y solamente Perú y El Salvador está elaborando tal acuerdo o plan piloto.

Cuadro 4 : Fuente de obtención de métodos de planificación familiar según reporte de usuarios afiliados al sistema de seguridad social, por país

País	Clínica, hospital o programa del sistema de seguridad social	Clínica, hospital o programa del ministerio de salud	Farmacia comercial	Otros (Clínica u hospital del sector privado, ONG, promotor comunitario, otro)
Bolivia	22%	20%	24%	33%
El Salvador	51%	26%	4%	19%
Guatemala	27%	15%	15%	43%
Honduras	17%	20%	16%	47%
Nicaragua	NA ⁸	43%	15%	42%
Paraguay	6%	16%	51%	27%
Perú	27%	45%	12%	16%

Fuentes: Encuestas de salud reproductiva (ESR) o Encuestas de Demografía y Salud (EdyS) más recientes con datos de afiliación a programas de seguridad social y fuentes de anticonceptivos están disponibles. Para Bolivia y Paraguay, se utilizaron los datos de 1998, debido a que al momento de los estudios no había disponibles datos más recientes para realizar un análisis por afiliación a programas de seguridad social.

⁸ Los afiliados y beneficiarios del INSS reciben servicios de salud en instalaciones privadas y públicas a las que se les reembolsa. Las preguntas de encuestas destinadas a determinar la fuente de métodos anticonceptivo no distinguen entre clínicas públicas y privadas certificadas o no certificadas por el INSS.

C. Adquisición de anticonceptivos y condones

1. Experiencia limitada en materia de adquisición de anticonceptivos

La capacidad de adquirir medicamentos de alta calidad y bajo precio está aumentando en la mayoría de los países, pero todavía hay muy poca experiencia en la compra de anticonceptivos. Los gobiernos de Perú, Paraguay, El Salvador, Guatemala, Honduras, Ecuador y la República Dominicana han comenzado a contribuir a los costos de anticonceptivos y condones, pero ninguno ha comprado anticonceptivos en el mercado internacional. En cambio, los gobiernos de El Salvador y Paraguay y los institutos de seguridad social de Perú (ESSALUD) y El Salvador (ISSS) compran anticonceptivos de distribuidores locales y representantes de laboratorios. Otros gobiernos de la región usan organismos de la ONU como agentes de compras. Por ejemplo, desde 1999 Perú compra DepoProvera y condones por conducto del programa de compras reembolsables del UNFPA/Nueva York (ver Anexo 3). Asimismo, desde 2003, Guatemala contribuye cantidades crecientes cada año a un fondo rotatorio de anticonceptivos gestionado por la oficina del UNFPA/Guatemala. El MS de Honduras incluyó anticonceptivos y condones en su extensa compra de productos farmacéuticos por el PNUD en 2003 y se prevé que hará otro tanto en 2004. Nicaragua y Bolivia todavía dependen enteramente de donaciones. Como tal, ninguno tiene experiencia con la compra de anticonceptivos, ya sea localmente ni por conducto de alguna de las agencias internacionales.

2. Regulaciones y prácticas que limitan las compras internacionales

Muchos países cuentan con regulaciones y sistemas que facilitan la adquisición de múltiples productos. Estas regulaciones requieren que los contratos del gobierno que excedan cierta cantidad en la moneda local sean abiertos y transparentes. La publicación de llamados a licitación por el gobierno en diarios e Internet es procedimiento normal. A las compañías nacionales e internacionales se las invita a competir, y la asignación sistemática de puntaje a cada oferta y la selección de vendedor por comités formados por representantes de los ministerios de salud y finanzas son cosa común. Los gobiernos también están imponiendo estrictas especificaciones y fechas de entrega de los productos, y agregando cláusulas de penalidades en los contratos de suministro, a fin de tener recurso si los proveedores no cumplen. Todos estos cambios están ayudando a los gobiernos a controlar los precios de sus medicamentos y suministros, y les está permitiendo disponer de cantidades mayores de productos para la población. Sin embargo, en lo que a anticonceptivos se refiere, tanto los Gobiernos como las ONG enfrentan múltiples restricciones para realizar adquisiciones a través de mecanismos internacionales.

Con la excepción de Perú, donde se fabrica el anticonceptivo inyectable Soluna®, los países de América Latina y el Caribe incluidos en este estudio que en la actualidad enfrentan la reducción gradual de los anticonceptivos o condones donados, no fabrican estos productos a nivel local. En todos los países hay una gran variedad de productos anticonceptivos disponibles por intermedio de distribuidores locales, pero los precios son más altos que en otras regiones en vías de desarrollo y considerablemente más altos que los que los gobiernos, los programas de mercadeo social y los hogares pueden pagar. Si bien los ministerios de salud, los institutos de seguridad social y las ONG grandes pueden llamar a licitación internacional y negociar contratos con proveedores internacionales, las leyes de contratación y adquisición, las políticas en cuanto a medicamentos y la estructura de la industria farmacéutica multinacional favorecen a los distribuidores nacionales, como se describe a continuación.

- Las prácticas de compra nacional favorecen a los fabricantes y distribuidores locales frente a los competidores internacionales. En Perú, por ejemplo, las propuestas de compañías nacionales automáticamente reciben puntos extra, aun antes de que se abran y evalúen las cotizaciones.
- Hace falta la aprobación por niveles altos del gobierno antes de que se autorice la compra internacional. En los casos en que las regulaciones del gobierno permiten la compra internacional, es posible que incluso las posibles compras a través del UNFPA o de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) tengan que esperar a que varias licitaciones sean declaradas desiertas para que los funcionarios gubernamentales de alto nivel las aprueben oficialmente.
- Los representantes legales deben estar presentes en todos los países antes de que los productos puedan ser registrados e importados. La contratación directa entre gobiernos y fabricantes internacionales no es posible sin que haya representantes locales y/o distribuidores como intermediarios. Esto aumenta los costos y afecta no solo a los ministerios de salud, sino también a los institutos de seguridad social, las ONG que prestan servicios de salud y los programas de mercadeo social.
- Los representantes y distribuidores regionales y locales son los que gestionan/ negocian los contratos de las compañías farmacéuticas multinacionales. Donde hay representantes y distribuidores locales de las compañías farmacéuticas, las instituciones no tienen la opción de comprar directamente del fabricante de anticonceptivos y condones. Esto se debe a que dichos fabricantes solo venden por conducto de sus representantes regionales y nacionales. Esto hace que sea casi imposible para los gobiernos y las ONG comprar anticonceptivos a precios favorables.
- Precios escalonados. La industria farmacéutica también aplica el sistema de “precios escalonados” en la región, lo cual significa que a dos países se les pueden cobrar precios muy diferentes por el mismo producto, según el análisis que la industria farmacéutica haga de las economías y los mercados farmacéuticos de los dos países. Cuando se incluyen los márgenes de ganancia de los distribuidores locales y regionales y los “precios escalonados” para calcular los precios unitarios, hasta los precios mayoristas ofrecidos a los grandes compradores pueden ser cinco o diez veces más altos que los que ofrecen el mercado internacional o agencias (por ej. los precios del UNFPA, el PNUD o la OPS).
- Poca competencia en el rango de precios bajos en el mercado de anticonceptivos En todos los países que se estudiaron a fondo, excepto Paraguay, muy pocos distribuidores ofrecen anticonceptivos orales de bajo costo, DIU o condones en su línea de productos. Esto se debe a que el mercado de anticonceptivos y condones en cuatro de los cinco países ha sido inundado por productos gratuitos o muy subsidiados. La misma situación existe en los lugares en que las donaciones de anticonceptivos inyectables son generosas.

El favoritismo hacia los proveedores nacionales y la competencia limitada significan que, en el futuro, tal vez no haya anticonceptivos y condones a bajo precio a fácil disponibilidad de los ministerios de salud, los institutos de seguridad social y las ONG. Como se muestra en el Cuadro 5, los países y las organizaciones que ya están comprando anticonceptivos y condones lo están haciendo con distribuidores locales a precios elevados, o bien por medio de agencias internacionales a precios más favorables.

Cuadro 5: Comparación de precios unitarios pagados, por fuente y por organización de compras, 2002/2003 (dólares de EE.UU.)

Comprado por	Inyectable para 3 meses	Orales Dosis bajas	Condones
Precios de referencia:	\$0,81 UNFPA ⁹	\$0,24 UNFPA	\$0,02; 0,03 UNFPA
Compras por el gobierno			
MS El Salvador	\$5,53	\$0,38	\$0,04
MS Honduras	\$1,14 distr. local	\$.41 distr. local	\$.055 distr. local
MS Paraguay	\$6,16 ¹⁰ distr. local		NA
MS Perú	\$.81 UNFPA		\$.02-.03 UNFPA
Seguridad Social de Perú (ESSALUD)		\$.30 Schering	
Compras por ONG			
Bolivia PROSALUD			\$.03 internacional
Bolivia CIES	\$0,70 distr. local ¹¹	\$0,35 distr. local	\$.05-\$.07 distr. local
Ecuador CEMOPLAF	\$6,67	\$2,25 (Microgynon)	\$0,02
Honduras ASHONPLAFA	\$3,15 ¹² Schering	\$0,22 Profam/Colombia \$0,30 distr. local	\$0,04-\$0,10 distr. local
Nicaragua PROFAMILIA	\$1,94 Depo (todos los lugares, distr.) \$5,73 Norigynon \$7,02 Mesigyna	\$0,57 distribuidor local	\$0,04-\$0,06 distr. local
Paraguay PSI/PROMESA		\$0,80 PSI	\$0,06 internacional
Paraguay CEPEP	\$7,86 ¹³ distr. local \$3,30 ¹⁴ IPPF	\$0,35 IPPF \$0,80 Wyeth	\$0,08 PROMESA
Perú APROPO		\$0,61 distr. local	\$0,04 internacional
Perú INPARRES	\$0,92 Depo \$7,92 ¹⁵ Mesigyna distribuidores locales		\$0,15 distr. local

Fuentes: El Salvador MS, Honduras MS, Paraguay MS, Perú MS, EsSalud, CIES, CEMOPLAF, ASHONPLAFA, PROFAMILIA, CEPEP, INPARRES.

⁹ Todos los precios unitarios del UNFPA incluyen un cargo de 5% por manejo

¹⁰ Mesigyna o Norigynon por \$2,08 por dosis X 3 dosis

¹¹ La fuente es el programa de mercadeo social de PROSALUD.

¹² Norigynon por \$1,05 por dosis X 3 dosis

¹³ Mesigyna por \$2,62 por dosis X 3 dosis

¹⁴ Cyclofem por \$1,10 por dosis X 3 dosis

¹⁵ Mesigyna por \$2,64 por dosis X 3 dosis

3. Ventajas y desventajas de opciones de compras futuras

La mayoría de los países y ONG que enfrentan la reducción gradual de USAID han comenzado a identificar fuentes confiables para sus compras. El Cuadro 5 muestra que el UNFPA ofrece los precios más bajos de anticonceptivos. No obstante, los países que han usado esta opción dicen que hay largas demoras y dificultades para obtener aprobaciones por sus propios ministerios de salud. A medida que las donaciones de anticonceptivos terminan y los presupuestos para programas nacionales de planificación familiar se integran y descentralizan cada vez más, quedan disponibles seis opciones de compra (incluida la compra por medio de agencias internacionales como el UNFPA). En el Cuadro 6 se enumeran las ventajas y desventajas de estas opciones.

Cuadro 6: Ventajas y desventajas de las opciones de compras

Opción	Ventajas	Desventajas
I Compra centralizada mediante una organización internacional (por ej. UNFPA, PNUD, IPPF, u OPS)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Economía de escala que ofrece precios muy bajos ○ Mecanismo de compra a través de UNFPA es totalmente operativo ○ Pueden participar estados miembro, ONG y otras agencias donantes ○ El UNFPA requiere tan solo un simple memorando de entendimiento ○ Calidad garantizada por una agencia internacional ○ Ya hay precedente: Todos los países ya tienen acuerdos y experiencia de compras con la OPS 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pago por adelantado del total de la compra ○ Se requiere aprobación de niveles altos en la mayoría de los países, para obviar los requisitos de compra nacional ○ Las ONG pagan impuestos de importación en algunos países ○ Largas demoras para la llegada de los productos ○ Costos imprevistos de envío y almacenamiento ○ El comprador no tiene mucho a donde recurrir en caso de demoras u otras dificultades ○ La OPS tiene un fondo rotatorio para anticonceptivos, pero no tiene experiencia en la compra de anticonceptivos ○ Puede hacer falta crear un fondo rotatorio para facilitar la compra internacional y evitar demoras ○ Hace falta generar recursos para capitalizar el fondo rotatorio a nivel nacional o regional

Continúa en la página 24

Cuadro 6: Ventajas y desventajas de las opciones de compras (cont.)

Opción	Ventajas	Desventajas
2 Licitaciones públicas, compras centralizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consistente con la ley de contrataciones y adquisiciones institucional ○ No requieren de aprobaciones especiales ○ Los Ministerios ya utilizan este mecanismo para otros productos ○ Dentro del contrato, puede incluir la entrega de productos directamente a las regiones o distritos ○ El comprador tiene mecanismos para reclamar si el vendedor no cumple con su contrato 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Productos de aceptable calidad no se fabrican en el país ○ Un solo distribuidor o muy pocos distribuidores de cada producto limitan la competencia ○ Limitada disponibilidad de productos de bajo precio en el mercado reduce la competencia ○ La falta de competencia aumenta los precios ○ La práctica de precios escalonados limita la negociación y puede aumentar el precio ○ Productos deben estar registrados; los fabricantes no querrían registrar a menos que sea un producto de alta rentabilidad ○ Las pruebas de calidad se deben realizar a nivel local; capacidad limitada para realizarlas en la mayoría de países ○ Necesidad de concientizar a nivel descentralizado para garantizar asignación de presupuesto

Continúa en la página 25

Cuadro 6: Ventajas y desventajas de las opciones de compras (cont.)

Opción	Ventajas	Desventajas
3 Financiamiento y compras descentralizadas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Responde a necesidades locales ○ Múltiples fuentes de financiamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los anticonceptivos deben estar incluidos en el presupuesto, lo que a menudo no se hace. ○ Costos unitarios muy elevados ○ No hay control de calidad ○ Necesidad de que los niveles descentralizados garanticen la asignación de un presupuesto ○ Falta de conciencia y de recursos puede llevar a que no se compre lo suficiente o se compren los productos incorrectos ○ Dificultad para calcular o estimar las necesidades puede llevar a que no se compre lo suficiente o se compre de más, lo que lleva al desperdicio
4 Compras centralizadas con financiamiento descentralizado	<ul style="list-style-type: none"> ○ Costos más bajos ○ Permite control de calidad si existen los medios en el país ○ Es posible estimar necesidades en el largo plazo ○ Capacidad de respuesta a necesidades locales ○ Múltiples fuentes de financiamiento ○ Los contratos abiertos o acuerdos de compras globales que incluyen entrega pueden ser más efectivos en función de sus costos ○ Más las ya mencionadas en 1 y 2 arriba 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Demoras inherentes al proceso de compra nacional o internacional ○ Necesidad de capitalizar el fondo rotatorio, a fin de reducir al mínimo las demoras ○ Necesidad de concientizar a nivel descentralizado para garantizar asignación de presupuesto ○ Necesidad de capacitación logística a nivel descentralizado a fin de mejorar los cálculos de necesidades y los pedidos

Continúa en la página 26

Cuadro 6: Ventajas y desventajas de las opciones de compras (cont.)

Opción	Ventajas	Desventajas
5 Alianzas entre fabricantes y ONG	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los fabricantes pueden entregar el producto sin pago adelantado u ofrecer crédito a plazo ○ Las ONG que se registran y se convierten en distribuidoras de productos costosos pueden obtener ingresos considerables ○ Las ONG pueden incursionar en nuevos mercados que para los distribuidores de firmas farmaceuticas no representan competencia comercial 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Por lo general de interés para productos nuevos y costosos o en zonas donde el distribuidor tradicional no llega ○ Puede no ser la mejor opción para llegar a grupos prioritarios ○ El fabricante fija los términos y las condiciones ○ La ONG depende del fabricante o distribuidor para conseguir precios y suministros uniformes con los que pueda contar
6 Compras y precios negociados a nivel regional	<ul style="list-style-type: none"> ○ Compras por volumen ofrecen economías de escala que resultan en la obtención de menores precios ○ Negociación de precios en grupo puede resultar en la obtención de menores precios. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Requiere cooperación entre varios países ○ Las leyes de adquisición nacional pueden hacer que la negociación o compra en grupo sea difícil o imposible ○ El Acuerdo de Libre Comercio de Centroamérica (CAFTA) puede hacer que sea difícil o imposible en la sub-región de Centroamérica ○ Los países participantes tienen que estar dispuestos a atenerse a las decisiones del grupo ○ Puede ser difícil lograr que los fabricantes cumplan con su acuerdo con el paso del tiempo

D. Mejoramiento de los sistemas logísticos

Como parte de los estudios realizados en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú, se evaluaron los sistemas logísticos de anticonceptivos, mediante visitas a instalaciones de salud y almacenes, y consultando bibliografía referente al tema. Los resultados de esta evaluación se describen a continuación.

1. Mejor gestión logística y mayor disponibilidad de anticonceptivos

Los sistemas de información y administración logística (SIAL) que muchos gobiernos y ONG adoptaron en los años noventa han ayudado a reducir los desabastecimientos y el desperdicio en la región. En seis países - Paraguay, Perú, Bolivia, Guatemala, Nicaragua y El Salvador - la disponibilidad de anticonceptivos ha mejorado considerablemente tras la introducción de estos sistemas. Algunas características de los SIAL incluyen registros e informes fáciles de usar, software PipeLine¹⁶, proyecciones basadas en el consumo y establecimiento de existencias de reserva. Los SIAL han ayudado a mejorar la planificación de las compras, la coordinación de los donantes y la asignación de recursos escasos para satisfacer las necesidades locales. La capacitación en logística a nivel nacional ha sido parte integral de la implementación del SIAL en todos los países, y también ha mejorado el manejo de los almacenes.

2. A pesar de los avances, la capacidad de estimación de necesidades sigue siendo débil

La mayoría de los países emplea el software PipeLine para hacer su estimación de necesidad de anticonceptivos. Este es un importante paso adelante, pero el uso de datos imprecisos en Pipeline todavía es común y los cálculos de necesidades por lo general no se actualizan sistemáticamente o con toda la frecuencia necesaria. En Honduras, por ejemplo, las Regiones, Áreas y Centros de Salud usan el mismo formulario para sus pedidos de anticonceptivos y para el resto de sus medicamentos e insumos. Este formulario divide la proyección anual en cuatro trimestres, sin prestar atención a variaciones estacionales en la demanda y el consumo real. Puesto que no se cuenta con datos de consumo e inventario, o no siempre se los usa en la planificación de las compras, a veces los donantes compran más de lo necesario y en algunos centros hay exceso de existencias. En Paraguay, pese a una demanda de anticonceptivos en continuo aumento, los gerentes de programas tienden a basar sus cálculos de necesidades en los pedidos del pasado, y no están pidiendo suficientes insumos. Como resultado, el Ministerio de Salud de Paraguay ha necesitado envíos de emergencia de USAID y préstamos de anticonceptivos del Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP, la afiliada local de la IPPF) para cubrir la demanda.

¹⁶ El sistema Pipeline Monitoring and Procurement Planning (PipeLine, Monitoreo y planificación de las compras) es un instrumento informático creado por DELIVER que ayuda a los administradores de programas a recoger información crítica para pronosticar la necesidad, garantizar que los productos lleguen a tiempo, mantener niveles uniformes de existencias a nivel nacional o de programa, y prevenir la escasez.

3. La integración y la descentralización presentan nuevos retos a los sistemas logísticos

Los esfuerzos en pro de la integración¹⁷ y la descentralización¹⁸ están afectando a los sistemas de suministro de los ministerios de salud de toda la región de América Latina y el Caribe. En general, contener los costos es la principal motivación para la integración, mientras que se promueve la descentralización como manera de aumentar la respuesta del sistema de suministro a las necesidades locales y generar recursos también locales. La reducción gradual de las donaciones de anticonceptivos agrega otro justificativo para la integración, ya que a menudo los presupuestos nacionales para anticonceptivos se trasladan a presupuestos más generales del MS para medicamentos e insumos esenciales. La tendencia en la región a integrar sistemas logísticos se extiende no solo a los almacenes y el transporte, sino también a la integración de información y a los sistemas de manejo de inventario.

Bolivia, Nicaragua, Perú y Guatemala ya han integrado o se están preparando para integrar sus sistemas de abastecimiento. De todas formas, cada uno de estos países realiza esta tarea de diferente manera. Puesto que sus sistemas logísticos para anticonceptivos son bastante efectivos y eficientes, los ministerios de salud en Bolivia, Perú y Nicaragua han decidido adaptarlos a la gestión de todos los medicamentos y suministros médicos. En Guatemala y El Salvador, se están sumando anticonceptivos a los sistemas más amplios de abastecimiento de medicamentos y suministros médicos. La integración de anticonceptivos en los presupuestos de medicamentos esenciales es efectiva para promover el estatus de los anticonceptivos, pero se deben tener en cuenta desafíos tales como:

- **Presupuestos inadecuados y prioridades que compiten entre sí.** Cuando los gobiernos nacionales (y/o los regionales y municipales en sistemas de salud descentralizados) enfrentan presupuestos inadecuados y necesidades múltiples, tal vez no den prioridad a los anticonceptivos. Los presupuestos inadecuados también hacen que sea virtualmente imposible mantener existencias de reserva de las cuales depende el exitoso sistema de logística de anticonceptivos en la actualidad.
- **Presupuestos fijos versus la adquisición y asignación de suministros basada en el consumo.** El racionamiento de medicamentos esenciales es común porque los presupuestos nacionales para medicamentos esenciales son casi siempre inadecuados para satisfacer una demanda plena. Con la mayor frecuencia, el racionamiento de medicamentos esenciales se logra asignando presupuestos anuales a instalaciones de salud y mandando a pedir los productos dentro de esos presupuestos durante el año. Esto crea un sistema que socava el uso de datos de consumo e inventario actualizados para asignar y pedir suministros de anticonceptivos. Más aún, la sustitución de productos cuyas existencias se han terminado es más difícil con los anticonceptivos que con los medicamentos esenciales. Por ejemplo, cuando se acaba la aspirina, se puede usar Ibuprofeno. Pero, cuando se acaba el DepoProvera, por lo general a la usuaria no se la puede cambiar a otro método anticonceptivo sin que haya antes largas sesiones de consejería y convencimiento.
- **Problemas de información y flujo de productos en sistemas descentralizados.** Formularios bien diseñados y flujo regular de la información desde el punto de prestación del servicio al nivel central, son aspectos fuertes de los sistemas existentes de información sobre anticonceptivos. Con la descentralización y la integración, los formularios son más complicados y los niveles más

¹⁷ La integración por lo general entraña combinar la administración de una amplia gama de productos de diferentes programas.

¹⁸ La descentralización del sector salud por lo general transfiere la responsabilidad y distribuye las decisiones a los niveles intermedio e inferior del sistema de prestación de servicios.

bajos del sistema de salud (como distritos y municipalidades) tienen menos necesidad de informar a los niveles superiores, puesto que manejan sus propias existencias. Este es un problema grave en países en los cuales las compras siguen en manos del nivel central, porque la falta de información afecta la capacidad de los gerentes de los programas nacionales de estimar necesidades y asegurarse de que se compren cantidades adecuadas. Por otro lado, allí donde los productos se compran a nivel local, los países no pueden aprovechar la economía de escala que ofrecen las compras en gran volumen.

4. La entrega a instalaciones de salud y la supervisión son problemas permanentes

La distribución de anticonceptivos a niveles más bajos de la cadena de suministro y la supervisión del personal que maneja los productos por lo general son aspectos débiles en los países de América Latina y el Caribe. Más allá de los niveles regional y departamental, faltan recursos para la supervisión y capacitación del personal y para monitorear la distribución de anticonceptivos. En consecuencia, a menudo los errores pasan sin detección o simplemente se transfieren de los establecimientos de salud a los niveles más altos del sistema a medida que los datos se van agregando. El nivel central también puede ser culpable de no vigilar o consolidar sistemáticamente la información que recibe. La distribución desequilibrada (que crea tanto desabastecimiento como sobreadabastecimiento de existencias) es una consecuencia frecuente.

E. Políticas, compromiso político y liderazgo

1. Políticas de apoyo en todos los países

Lograr la DAIA requiere de un compromiso firme y sostenido y del liderazgo de los tomadores de decisiones encargados de establecer prioridades y asignar presupuestos. Todos los países que han sido estudiados cuentan con políticas, planes, y leyes que, por lo general, apoyan la planificación familiar. Dos de esos países, Perú y Paraguay, cuentan con rubros en su presupuesto nacional de salud destinados a la compra de insumos anticonceptivos. Como se ha mencionado anteriormente, desde 1999, el Ministerio de Salud del Perú ha utilizado este rubro específico para adquirir insumos anticonceptivos cuyas cantidades han ido en incremento cada año. En Paraguay, aunque el rubro no ha sido totalmente financiado debido al déficit fiscal, ha dado oportunidad para que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social realice algunas compras iniciales de anticonceptivos. Sin embargo, los compromisos de esta índole son susceptibles al cambio político.

2. Adaptación al cambio en el ámbito político y el papel de la sociedad civil

La planificación familiar a menudo es víctima de fuerte oposición o de recortes presupuestarios cuando hay cambios de gobierno. Los siguientes ejemplos ilustran la frágil índole del compromiso político hacia la planificación familiar y la importancia de estar preparados para contrarrestar cambios desfavorables.

- En 1979, el gobierno de Paraguay suspendió la provisión de métodos anticonceptivos a la población. Durante los nueve años siguientes, el programa nacional de planificación familiar consistió únicamente en esfuerzos educativos y en la promoción del método de Billings¹⁹. Las

¹⁹ El método de Billings (también conocido como el Método de la Ovulación o Método del Moco Cervical) consiste en examinar la textura de la mucosidad que secreta el cuello del útero para determinar cuándo la mujer tiene más probabilidades de concebir. Cuando la mujer no es fértil, la mucosidad es liviana o pegajosa. El día de la ovulación y el día antes (el período más fértil) el mayor nivel de estrógeno hace que la mucosidad sea más abundante, transparente y resbaladiza.

ONG continuaron ofreciendo métodos modernos durante este período, pero no pudieron ofrecer cobertura nacional. A partir de 1998, el gobierno de Paraguay apoya los esfuerzos de planificación familiar, si bien la inversión del gobierno es todavía limitada.

- En Perú durante los años 90, luego de más de una década de firme liderazgo del gobierno en el área de planificación familiar, el apoyo fue recortado. Fueron comunes las denuncias públicas de los proveedores de servicios de planificación familiar y el personal de planificación familiar del Ministerio de Salud fue reducido significativamente. Hoy en día, aunque se cuenta nuevamente con el apoyo político, continúa la oposición de líderes religiosos y políticos.
- El gobierno de Bolivia apoya la planificación familiar desde finales de los años ochenta. Sin embargo, los intentos por introducir planificación familiar a fines de los setenta y comienzos de los ochenta encontraron fuerte oposición por fuerzas anti-planificación familiar de la iglesia católica y el gobierno militar, quienes creían que el país estaba sub-poblado. El gobierno también prohibió la distribución de anticonceptivos por parte de las ONG en esa misma década.

Dada la naturaleza cambiante del apoyo a la planificación familiar y a la saludreproductiva en países de América Latina y el Caribe, se torna esencial el papel que desempeñan los grupos de la sociedad civil como defensores y promotores. En el Perú, la planificación familiar ha sido protegida de la creciente y bien organizada oposición, a través de actividades de promoción y defensa pública, monitoreo continuo, movilización de la prensa, todas estas actividades organizadas con la participación activa de ONG, grupos de vigilancia en salud reproductiva, foros de salud, redes de desarrollo de mujeres y organizaciones sociales. Estos grupos han empleado las “herramientas” de promoción y defensa (como por ejemplo, políticas, y leyes a ser consideradas por los tomadores de decisiones), y han difundido información concreta sobre los beneficios de la planificación familiar. Como resultado, la compra de insumos anticonceptivos por parte del gobierno del Perú ha incrementado cada año.

3. Creación del compromiso hacia la planificación familiar en ámbitos descentralizados

Los cambios en el compromiso político y sus repercusiones se multiplican en ámbitos descentralizados. Por lo tanto, a medida que los países de América Latina y el Caribe se descentralizan, cada vez se hace más esencial movilizar el apoyo político y el liderazgo para la planificación familiar entre los encargados locales de tomar decisiones. Estas son personas que eventualmente serán responsables de fijar prioridades, planificar y asignar presupuestos. La descentralización ya es una realidad en Bolivia, Ecuador y la República Dominicana. Perú se está descentralizando y delegando al nivel regional, y los ministerios de salud de Paraguay, Nicaragua y Honduras también tienen planes de descentralizar un grado mayor de autoridad en el futuro. Una vez más, el papel de la sociedad civil que presiona para que se incluya la planificación familiar en los planes y presupuestos nacionales es decisivo, como lo es la existencia de directrices específicas provenientes del nivel central. Por ejemplo, en Bolivia, bajo la Ley de Participación Popular, las municipalidades reciben una porción equitativa, basada en la población, de los ingresos impositivos del gobierno central. El Ministerio de Salud requiere que el 10 por ciento de estos fondos de “coparticipación” sean asignados para comprar medicamentos cubiertos por el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el cual incluye anticonceptivos para todas las mujeres. Hasta hace poco, las mujeres en este programa solo recibían cobertura por seis meses después del parto, pero el paquete de reembolsos se está ampliando para incluir insumos de planificación familiar para todas las mujeres en edad fértil.

Las siguientes recomendaciones fueron preparadas para abordar problemas que son comunes a una serie de países de la región de América Latina y el Caribe. Los estudios específicos contienen recomendaciones más detalladas y adaptadas a cada situación, y están a disposición de todo el que las solicite.

A. Planificación de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos

Los gobiernos, las ONG y los donantes pueden tomar medidas para fortalecer los servicios de planificación familiar, aumentar los ingresos y reducir las necesidades futuras, si comienzan a planificar varios años antes de que terminen las donaciones de anticonceptivos. Como mínimo, se necesita un cronograma de reducción gradual. Con todo, tan solo un cronograma no basta para garantizar la disponibilidad de anticonceptivos. Lo ideal sería que se preparara un plan integral para cada situación. El plan debería incluir a todos los donantes y beneficiarios, y debería fijar metas realistas y cronogramas para el retiro de los donantes. En este sentido, las acciones específicas a nivel regional podrían incluir:

- Elaborar cronogramas integrales de disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos y cronogramas de reducción gradual entre USAID, el gobierno y ONG beneficiarias de productos donados por USAID. Incluir plazos realistas y metas para las donaciones que se reducen y aumentar el financiamiento por el gobierno y las ONG. Enfocarse no solo en los cronogramas de financiamiento, sino también en la promoción y defensa de la causa, segmentación del mercado de anticonceptivos, controles de costos, opciones de adquisición, administración logística, política de salud reproductiva y coordinación entre donantes.
- Realizar estudios de proyección de necesidades financieras para anticonceptivos en el largo plazo a nivel de país, a fin de orientar la planificación de la DAIA y crear una base realistas para los esfuerzos de promoción y defensa de la causa y recaudación de fondos.

B. Trabajar a nivel nacional y regional para aumentar los presupuestos para anticonceptivos

Los comités de DAIA que se formaron en muchos países después de la Conferencia Regional de DAIA celebrada en julio de 2003 trabajan activamente en la actualidad para crear conciencia sobre la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. Los comités deberían tratar de conectarse entre sí. Se recomiendan las siguientes acciones regionales y nacionales:

- Brindar asistencia técnica para crear instrumentos y destrezas de presión relativas a la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. En el pasado, los promotores de la planificación familiar a nivel nacional han hecho presión, y lo han logrado, para que los

servicios de planificación familiar permanezcan dentro de los programas de gobiernos y agencias internacionales. No obstante, estas mismas personas van a necesitar herramientas nuevas, información y métodos para presionar y conseguir presupuesto, eliminación de restricciones a las compras y otros aspectos de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos a los niveles central y descentralizado de gobierno. Los prestadores de servicios de planificación familiar que participan activamente en comités de DAIA también van a necesitar destrezas que talvez no tengan, si han de crear conciencia, recaudar fondos y exigir cambios necesarios en la política gubernamental.

- **Establecer rubros para anticonceptivos en los presupuestos.** Los ministerios de salud deberían aumentar sus presupuestos anuales y presionar a las legislaturas nacionales y ministerios de finanzas para que establezcan rubros específicos para anticonceptivos y condones en sus presupuestos anuales.
- **Designar a los anticonceptivos y condones como “insumos estratégicos” para la salud pública.** Definiendo a los anticonceptivos, los condones y otros productos para la prevención del VIH/SIDA y la salud reproductiva como insumos estratégicos (o que redundan en el interés de la sociedad), algunos países han logrado protegerlos contra cambios que irían en su detrimento en sistemas nacionales de salud, y creado rubros o renglones en sus presupuestos nacionales (ver Anexos 4 y 5).
- **Identificar y garantizar fondos de emergencia, en la medida en que se los necesite.** Identificar fuentes de financiamiento que garanticen suficiente producto hasta que se alcance la autosuficiencia. Por ejemplo, en los casos en que los ingresos gubernamentales no basten para cubrir las necesidades y la selección de beneficiarios no sea una opción inmediata, alentar a las instituciones financieras internacionales a incluir productos de planificación familiar en sus paquetes de préstamos dentro de la reforma del sector salud y los créditos para reducción de la pobreza.

C. Segmentación del mercado

El depender en exceso de anticonceptivos gratuitos del sector público en un mundo de donaciones que va en descenso, es negativo para la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. A menos que los gobiernos puedan asignar los recursos necesarios para proveer anticonceptivos gratuitos para todos, se necesitarán estrategias para repartir la responsabilidad. Para ello, se alienta a los gobiernos a prestar estrecha atención a la forma en que se segmentan los mercados de planificación familiar, a fin de focalizar sus anticonceptivos gratuitos o subsidiados a aquellos que más los necesitan, y a crear alianzas con el sector privado para satisfacer las necesidades de todos sus ciudadanos. Para ello, el análisis de la segmentación del mercado es un importante primer paso.

- **Realizar y actualizar un análisis de segmentación del mercado.** DELIVER y POLICY II emplearon las encuestas demográficas y de salud reproductiva más recientes para preparar análisis de segmentación del mercado en siete países de América Latina y el Caribe. Varios de ellos están usando los resultados de estos análisis para segmentar más deliberadamente los mercados de anticonceptivos público y privado. Algunas de las encuestas en que se basaron los estudios fueron realizadas hace más de cinco años. Los análisis de segmentación del mercado deben realizarse en forma periódica y actualizarse a medida que se dispone de nuevas encuestas.

- **Elaborar planes de segmentación del mercado.** Los gobiernos y los comités de DAIA deberían solicitar asistencia técnica para la elaboración de planes de segmentación del mercado. Los análisis de segmentación del mercado y otros estudios relacionados (v.g., estudios de sensibilidad de precios, estudios cualitativos con poblaciones subatendidas, mapeo de necesidades y recursos, investigación de operaciones para probar protocolos de selección de beneficiarios, etc.) deberían guiar la elaboración de dichos planes. Una definición clara de las funciones y las responsabilidades de los diferentes sectores y una estrategia favorable hacia los más pobres por parte del ministerio de salud son elementos importantes de los planes de segmentación. (ver más adelante la discusión sobre la selección de beneficiarios)
- **Desarrollar capacidad en el país para realizar un análisis de segmentación del mercado.** La capacidad de realizar un análisis de segmentación del mercado, estrategias y planes de segmentación e implementarlos no existe en la mayoría de los países, pero se la debería desarrollar.
- **Estandarizar las preguntas de las encuestas para permitir un uso más fácil de las encuestas de demografía y de salud y las encuestas de salud reproductiva para el análisis de segmentación del mercado.** Las encuestas de demografía y de salud reproductiva realizadas en países de América Latina y el Caribe que producen una gran cantidad de datos y análisis de resultados de encuestas por quintil de ingresos se están convirtiendo en cosa común. Sin embargo, los cuestionarios de las encuestas que se usan en el MACRO y en los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) no son iguales y no todas las bases de datos están disponibles con facilidad o son aptas para hacer análisis secundarios. Se deberían agregar y estandarizar las preguntas en todos los cuestionarios de encuestas a fin de medir variables que son importantes en la segmentación del mercado (v.g., capacidad de pago, marcas de los anticonceptivos comprados o recibidos la última vez, costos de los anticonceptivos por fuente, necesidad insatisfecha de limitar y espaciar, etc.)

D. Focalizar los anticonceptivos gratuitos y otros subsidios

El acceso equitativo a la salud es una meta en todos los países de América Latina y el Caribe. Cómo se logra, es una decisión que cada gobierno debe tomar por sí mismo. Todos los ministerios de salud incluidos en este estudio en la actualidad operan con una política de “acceso universal “ que obliga a la provisión de anticonceptivos y condones gratuitos por parte del sector público. Esto hasta cierto punto ha creado en gran parte del público un sentimiento de que tiene derecho a exigir. A medida que se reducen las donaciones, ofrecer anticonceptivos gratis a toda la población que los requiera puede no ser factible para muchos gobiernos, debido al costo. Llegar a grupos subatendidos de la población (los pobres, los jóvenes y los que viven en zonas rurales) también implica costos. Varios países están considerando la posibilidad de seleccionar los beneficiarios de productos y servicios subsidiados, para dejar solo a aquellos que tengan menos posibilidades de conseguirlos de otras fuentes, al tiempo que refieren a aquellos que pueden pagar por sus anticonceptivos a ONG, farmacias y otros proveedores privados. Este tipo de selección ayudaría a cerrar la brecha en el financiamiento de los anticonceptivos que la mayoría de los gobiernos enfrenta. También estimularía la competencia en el mercado comercial de anticonceptivos, el cual hasta ahora se ha visto inundado de productos gratuitos y muy subsidiados, por lo cual no ha experimentado la necesidad de promover sus productos. Entre las recomendaciones específicas para el apoyo regional en relación a la selección de beneficiarios se incluyen:

- **Redefinir las directrices de planificación familiar.** El acceso universal ¿significa que un gobierno debe satisfacer las necesidades de planificación familiar de todos los clientes, o que debe ocuparse de que las necesidades de todos los clientes se vean satisfechas, ya sea por el sector público o el privado? ¿Responde a los intereses del gobierno ser el principal proveedor de anticonceptivos y condones del país? ¿Puede el gobierno permitirse este papel? Estas son preguntas que deben responderse con un análisis legal, político y financiero, en consulta con interesados clave, antes de que se puedan tomar decisiones sobre el acceso universal.
- **Diseñar y evaluar mecanismos para destinar anticonceptivos gratuitos a aquellos que más los necesitan.** Cuando no hay fondos suficientes o la voluntad de comprometer fondos es poco probable, destinar anticonceptivos subsidiados por el gobierno a poblaciones específicas es la única respuesta viable. Antes de adoptar estrategias de selección de beneficiarios, los gobiernos deben familiarizarse con diferentes opciones de selección, con sus ventajas y desventajas. Los gobiernos pueden recibir asistencia técnica de donantes para que les ayuden a identificar prácticas óptimas en la implementación y el afinamiento de la estrategia de selección, les paguen giras de estudio e intercambios de información con países que ya tienen experiencia en este tipo de selección, y que apoyen investigaciones operativas que prueben y/o empleen diferentes métodos de selección.

E. Aumentar el papel del sector privado en el mercado de anticonceptivos.

- **Fomentar una mayor participación del sector comercial en el mercado de anticonceptivos.** Se recomienda la formación de alianzas estratégicas entre el gobierno y el sector privado (farmacias, proveedores privados, fabricantes y distribuidores de anticonceptivos y otras redes comerciales) a fin de ampliar la distribución de anticonceptivos y condones por el sector privado a sectores que han sido atendidos únicamente por el MS. También se pueden ofrecer incentivos no monetarios a compañías para que inviertan en la promoción general de la planificación familiar, los intervalos óptimos entre nacimientos, etc. Compartir prácticas óptimas y crear foros para el diálogo público-privado serían formas apropiadas de promover nuevas alianzas. Asimismo, los encargados de formular políticas y los promotores de la causa deberían trabajar con el sector privado para identificar barreras a su participación en el mercado de anticonceptivos, y con el sector público para garantizar un clima legal y de políticas conducente a la participación del sector privado.
- **Ampliar el papel y la responsabilidad financiera de los institutos de seguridad social en la planificación familiar.** En la mayoría de los países, los sistemas de seguridad social no están satisfaciendo las necesidades de planificación familiar de sus afiliados y beneficiarios. Esta situación debería estudiarse y los promotores de la planificación familiar deberían movilizarse para garantizar que la atención y los insumos de planificación familiar no solo queden incluidos en los paquetes de beneficios de la seguridad social, sino también en las clínicas y los hospitales financiados por ésta. Se deberían crear acuerdos para garantizar que los ministerios de salud reciban reembolso por los clientes de planificación familiar de la seguridad social que son atendidos en instalaciones del MS.

F. Eliminar barreras a las adquisiciones con el fin de reducir costos

Las decisiones que se toman en materia de compras afectan los precios unitarios y ponen en cuestionamiento la calidad del producto. A la larga, también determinan el número de usuarios de planificación familiar a los que una organización puede atender con sus limitados recursos. Los ministerios de salud y la seguridad social enfrentan graves obstáculos frente a las compras internacionales, aun cuando esta opción les ofrece la mejor opción de compra por su dinero. Si bien es probable que la compra internacional por conducto de una de las agencias sea difícil, los ahorros son considerables. Por lo tanto, vale la pena explorar esta opción.

En el corto plazo...

- **Maximizar recursos escasos comprando anticonceptivos y condones por medio del UNFPA o el PNUD.** En los casos en que las regulaciones gubernamentales exijan que se compre a proveedores nacionales, tal vez los ministerios de salud puedan solicitar asistencia técnica que les ayude a preparar un pedido formal de aprobación de las autoridades apropiadas (por ejemplo la Legislatura o la Contraloría Nacional en el caso de Nicaragua) y negociar acuerdos para realizar compras a través de organismos internacionales.
- **Explorar formas de simplificar las compras a través del UNFPA y/o hacerlas más compatibles con las regulaciones establecidas por la ley de contrataciones y adquisiciones institucionales.** Esto podría hacerse ayudando a establecer fondos rotatorios que permitan a los gobiernos ir aportando dinero a una cuenta, como en el caso de Guatemala (ver Anexo 6), lo cual facilitaría a los gobiernos la compra futura de anticonceptivos. En cuanto a la Ley de Contrataciones, hace falta simplificar procesos internos de aprobación a nivel de país y tomar las medidas mencionadas en la recomendación #1 (eliminar barreras a las licitaciones internacionales), para eximir a los anticonceptivos y condones de las restricciones que limitan la compra internacional.

En el largo plazo...

- **Eliminar barreras a las licitaciones internacionales.** Analizar políticas y leyes que restringen las opciones públicas y privadas, y hacer presión para que se las cambie. Por ejemplo, ejercer presión para eximir a los anticonceptivos y condones de las leyes y prácticas de compra que favorecen las compras de proveedores nacionales.
- **Realizar análisis de costos de las diferentes opciones de adquisición existentes con el fin de poder tomar decisiones basadas en la mejor opción económica.** Por ejemplo, se buscaría comparar si el costo unitario al comprar a través de distribuidores locales - que distribuyen directamente al municipio - resulta menor comparado con el costo unitario al comprar a través de un organismo internacional que distribuye al nivel central, incurriendo de esta manera en gastos de almacenamiento y transporte hacia los niveles inferiores.
- **Investigar y experimentar mecanismos de adquisición que tengan alta posibilidad de éxito.** Probar la compra de anticonceptivos y condones por conducto de proveedores nacionales, junto con la compra anual de medicamentos esenciales y suministros médicos. Asimismo, probar otras opciones de compra promisorias, que pueden incluir: 1) compras en fondo común con otras varias agencias (gobiernos, ONG) en un mismo país, o múltiples organizaciones en varios

países; 2) negociación regional o sub-regional con fabricantes de anticonceptivos para lograr precios más bajos; 3) compras de proveedores nacionales con entrega de productos incluida en los contratos. Evaluar ventajas y desventajas de las opciones seleccionadas y usar los resultados para tomar decisiones de compra en el futuro.

- **Elaborar políticas y sistemas necesarios para descentralizar el financiamiento, con la compra centralizada de anticonceptivos y condones:** En los casos en que los presupuestos para la compra de insumos y la responsabilidad se deleguen a equipos de gerenciamiento, presionar para que se centralicen las compras y se protejan los presupuestos; regular la compra local de anticonceptivos y condones a través de una entidad central (centrales de abastecimiento para-estatales) o a través de proveedores certificados por el Gobierno; capacitar a los que trabajen en unidades descentralizadas para calcular la cantidad de anticonceptivos que se van a necesitar; crear conciencia y movilizar a las autoridades sanitarias locales, los líderes de la sociedad civil y los grupos comunitarios sobre la importancia de que haya disponibilidad de insumos de planificación familiar, a fin de proteger los presupuestos de los anticonceptivos.

G. Promover la inclusión de indicadores de garantía de insumos de salud reproductiva

Los últimos años se han visto un cambio en los proyectos financiados por donantes que se concentran en áreas específicas, a metas y estrategias con base más amplia impulsadas por objetivos globales. Las Metas de Desarrollo para el Milenio (Millennium Development Goals, MDG), la Cuenta Desafío del Milenio (Millennium Challenge Account, MCA), las Estrategias de Reducción de la Pobreza en los Países Pobres Muy Endeudados, el Fondo Mundial contra la Tuberculosis, el Paludismo y el VIH/SIDA y el Enfoque Sectorial Amplio (SWAP, Sector Wide Approach) del Banco Mundial, han tenido importante influencia sobre planes y programas a nivel de país. Si bien estos esfuerzos en general reconocen que la salud reproductiva es un área importante de trabajo debido a que sus metas se fijan a nivel de impacto (v.g. mortalidad materna), los programas que se ven influenciados por ellas a nivel de país a menudo carecen de indicadores concretos de salud reproductiva o de directivas para que se los incluya y poder así medir el progreso. Esto constituye un riesgo pues significa que los insumos de salud reproductiva y disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos no están directamente relacionados con las iniciativas que han captado la atención de donantes y gobiernos nacionales. En consecuencia, hay un potencial muy real de que la salud reproductiva y la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos queden fuera de importantes debates a nivel de país. Se necesita un enlace más fuerte entre las metas a nivel macro y los indicadores de estas iniciativas globales, y las relativas a la salud reproductiva y la DAIA.

- Validar la contribución de la DAIA a la mejora de la salud sexual y reproductiva, y en último término a la salud materna, creando un marco de indicadores efectivos. Indicadores estándar de disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos contribuirá a directrices más amplias relacionadas con la salud.
- Velar por que los programas de salud reproductiva contribuyan y correspondan a metas establecidas a nivel nacional e internacional. Los indicadores de DAIA son una parte importante de este proceso. Para fines nacionales y de programa, se recomienda que estos indicadores sean explícitos y se enmarquen dentro de los definidos a nivel internacional y de donante.

H. Formar y fortalecer grupos de promoción de disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos

Para que la planificación familiar siga siendo una prioridad a nivel nacional, es importante que tanto encargados de formular políticas como miembros de la sociedad civil promuevan los derechos reproductivos y la planificación familiar. Los comités de DAIA que se han formado en muchos países son ejemplos de grupos de promotores que, con limitado apoyo técnico, desempeñan un papel sumamente importante en el ejercicio de presión para que se cambien las políticas y los gobiernos inviertan en planificación familiar. Se recomiendan las siguientes acciones:

- Fortalecer grupos o redes ya existentes de promotores de la DAIA (promotores de políticas), o formar grupos nuevos mediante la identificación de partidarios de la planificación familiar, la salud reproductiva y las necesidades de la mujer. Capacitar a estos grupos para que desempeñen un papel de guardianes, exijan cuentas a los responsables de formular políticas y ejerzan presión para que se siga apoyando a la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Desarrollar en las redes locales y en los promotores de políticas las destrezas necesarias en abogacía y proveerles la información que necesitan para desempeñar su papel. Brindar asistencia técnica a los defensores de la causa y potenciales defensores en asuntos relacionados con la DAIA, para que puedan adquirir destrezas y habilidades a través de capacitación, técnicas de negociación y análisis de información. Dotarlos con las herramientas para que den relevancia a datos y cuenten con argumentos sólidos sobre los beneficios de la planificación familiar y la necesidad de que los gobiernos y otros interesados se concentren en la DAIA. Crear oportunidades para que puedan compartir ideas/experiencias y aprendan de otros países (Perú, Guatemala) que tienen un historial de éxitos en actividades de abogacía. Encargarles que amplíen sus grupos de base, compartiendo conocimientos y replicando la capacitación que reciben.
- Colaborar estrechamente con estos promotores a fin de reforzar el compromiso de los gobiernos, contrarrestar cambios de liderazgo a los niveles central y descentralizado y ocuparse de la posible resistencia del público a los cambios necesarios para que haya una futura disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. Por ejemplo, informar y movilizar a los promotores para que expliquen la necesidad de una mejor segmentación del mercado y selección de beneficiarios, de modo que formen un frente creíble frente a la mentalidad del que se siente con derecho a exigir.

I. Integrar cuidadosamente y continuar fortaleciendo la logística de los anticonceptivos

A fin de garantizar la sustentabilidad y mantener la efectividad de los sistemas logísticos cuando se integren a los sistemas de medicamentos esenciales, se recomiendan los siguientes pasos:

- Cuando se planifiquen la integración y/o la descentralización de las funciones de logística, proteger los sistemas de logística de los anticonceptivos. Estos sistemas cuentan con información precisa y estandarizada que es crítica para la disponibilidad continua, la adquisición adecuada y la distribución de anticonceptivos y condones.

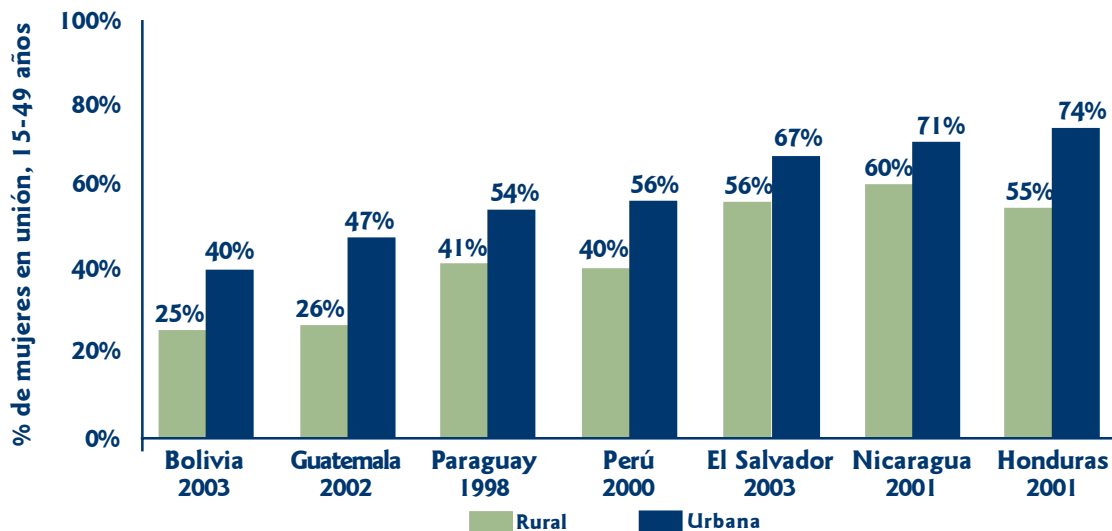
- **Planificar con antelación para la integración y/o la descentralización de los sistemas de suministro.** Establecer principios rectores, elaborar especificaciones y preparar planes detallados de trabajo que articulen con claridad las responsabilidades y expectativas de todas las partes en un sistema integrado de suministro. Dar a conocer las directrices y proveer asistencia técnica para el diseño, la prueba y la creación de la capacidad necesaria para instrumentar sistemas integrados.
- **Diseñar y probar cuidadosamente los sistemas integrados de suministro antes de ampliarlos a nivel nacional.** Es importante revisar, probar y finalizar todas las políticas y los procedimientos, registros e informes, bancos de datos, manuales de referencia y capacitación, directrices e instrumentos para supervisar, monitorear y evaluar antes de introducir un sistema nuevo en todo el país.

Los sistemas logísticos, integrados o independientes, deben ocuparse de que haya cantidades adecuadas de todos los anticonceptivos necesarios en todos los establecimientos de salud. Para ello se recomiendan las siguientes acciones:

- **Velar por que todos los registros, formularios, informes y herramientas de control de inventario estén disponibles en los puntos de prestación de servicios y depósitos y que el personal esté capacitado en la utilización apropiada de dichos instrumentos.** Proveer capacitación continua sobre el sistema de manejo de la logística, para contrarrestar la frecuente rotación del personal y mejorar la calidad de la información logística de todos los productos.
- **Aumentar la frecuencia y mejorar la calidad de la supervisión, particularmente en situaciones descentralizadas.** Hacer de la supervisión de la logística y de las funciones de la cadena de gestión una prioridad para todas las unidades y asignar fondos a esta importante función.
- **Crear la capacidad de estimar con precisión la necesidad de anticonceptivos y condones.** Capacitar a gerentes de cadenas de suministro y de programas para que usen datos de inventario (a nivel central y regional), datos consolidados sobre consumo e información sobre necesidades insatisfechas, junto con herramientas como PipeLine para estimar con precisión las necesidades de anticonceptivos para el país. Lo ideal sería que los niveles de financiamiento por gobiernos y donantes en el futuro se basaran en información generada a partir de los datos ya mencionados. Adaptar la metodología para estimar basándose en el consumo y crear la capacidad necesaria en cada país para preparar y actualizar estimaciones y planes de compra, no solo en las unidades administrativas centralizadas, sino también en las descentralizadas.
- **Crear capacidad de compra de anticonceptivos.** Se debe solicitar asistencia técnica a fin de capacitar al personal y elaborar materiales de referencia para la compra de anticonceptivos y condones en todas las fuentes disponibles, tanto por el sector público como por las ONG.

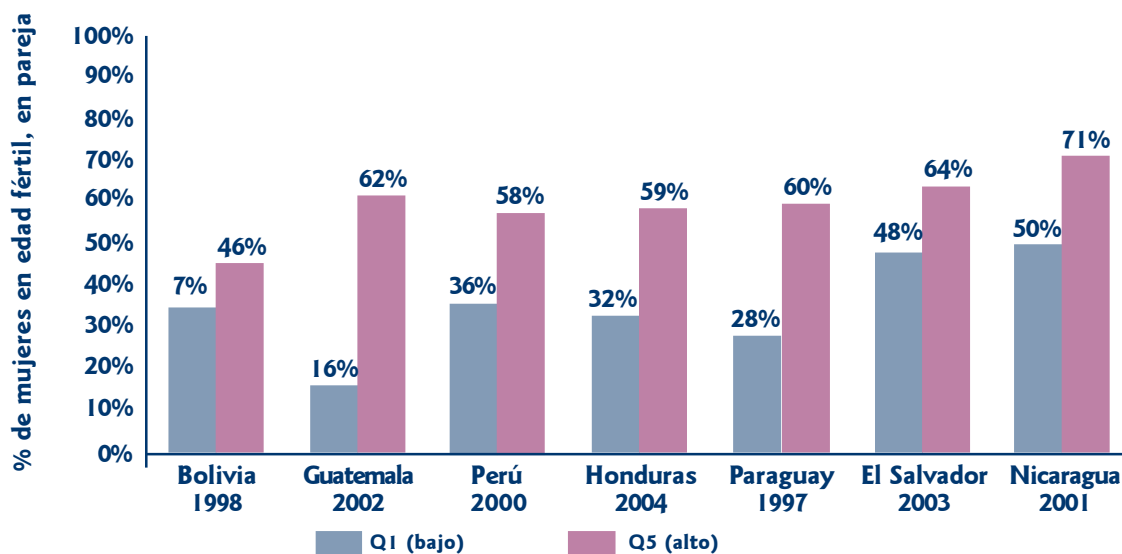
Anexo I: Tendencias de los anticonceptivos

Tendencias en el uso de anticonceptivos modernos por residencia urbana/rural



Fuente: 4, 6, 8, 12, 15, 16

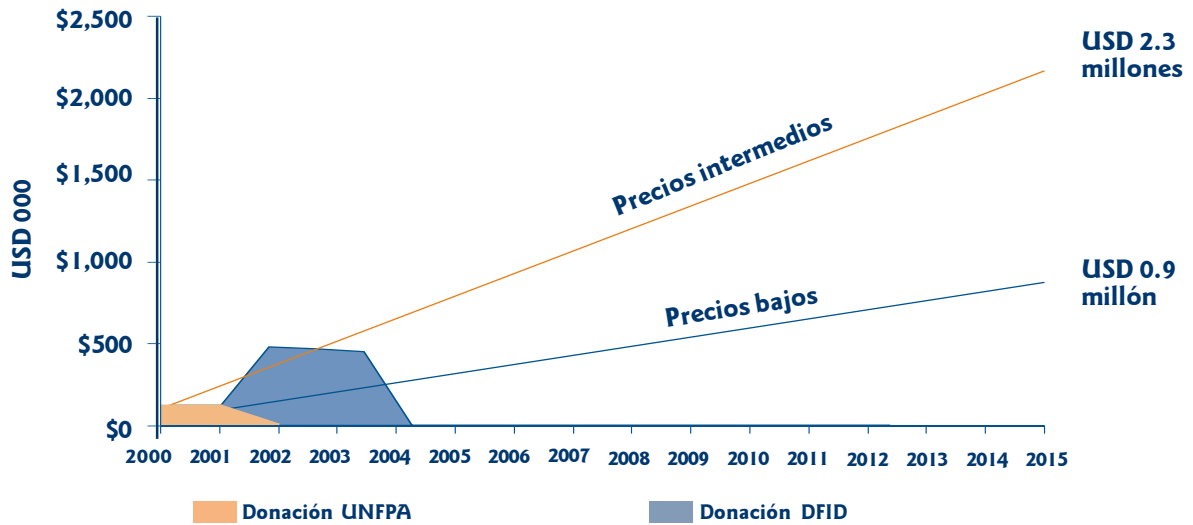
Uso de anticonceptivos modernos por quintil de ingresos



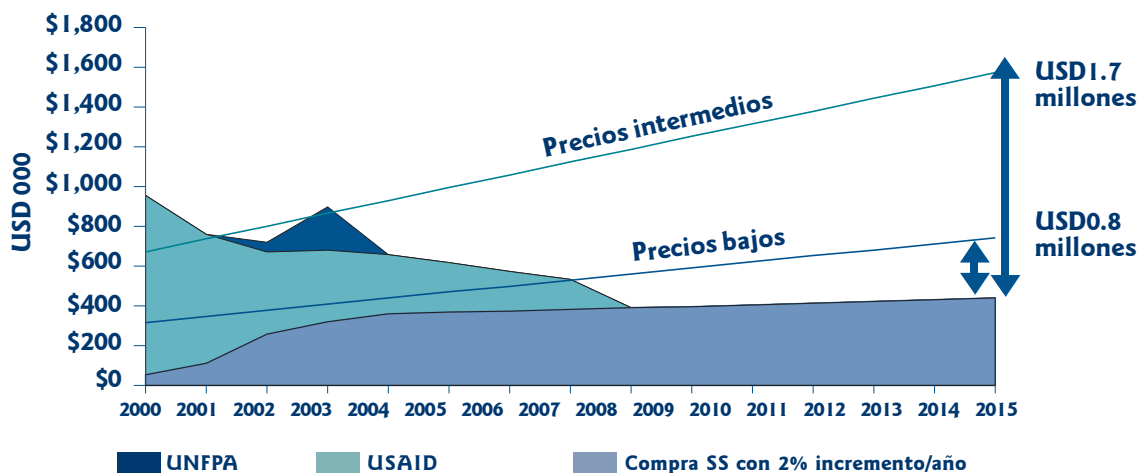
Fuente: 1, 4, 6, 11, 12, 15, 16

Anexo 2: Requisitos de financiamiento de los MS

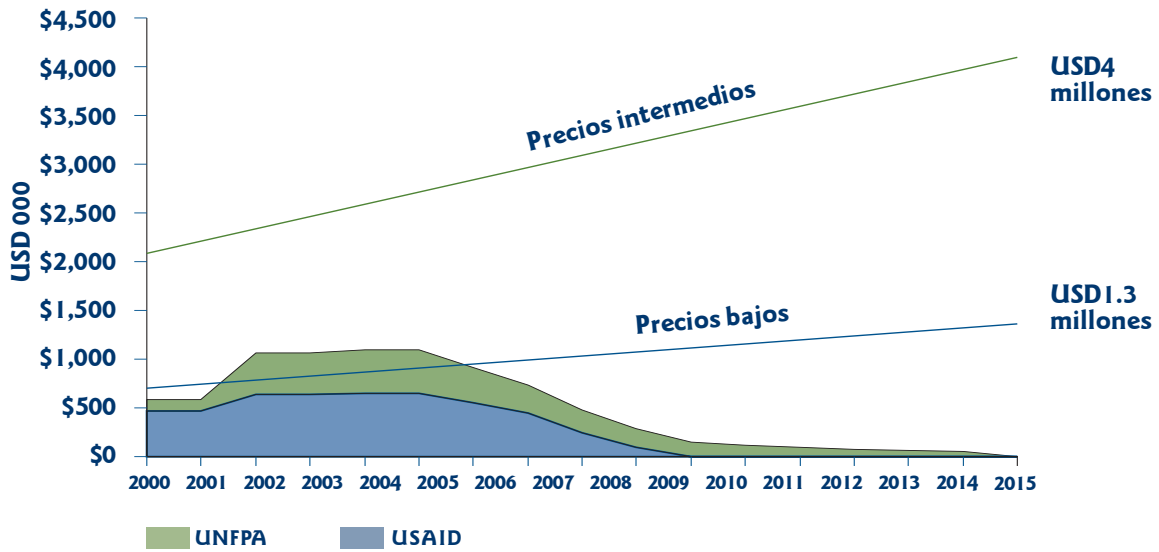
Bolivia: Requisitos de Financiamiento del MSD 2000-2015



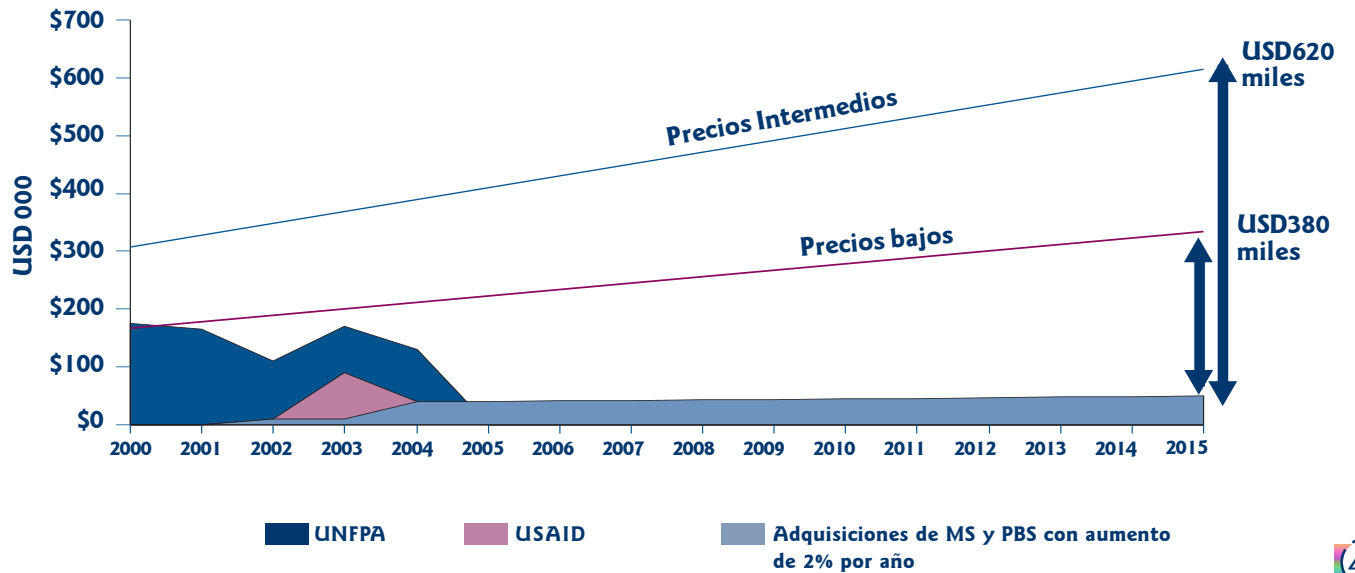
Honduras: Requisitos de Financiamiento de la SS 2000-2015



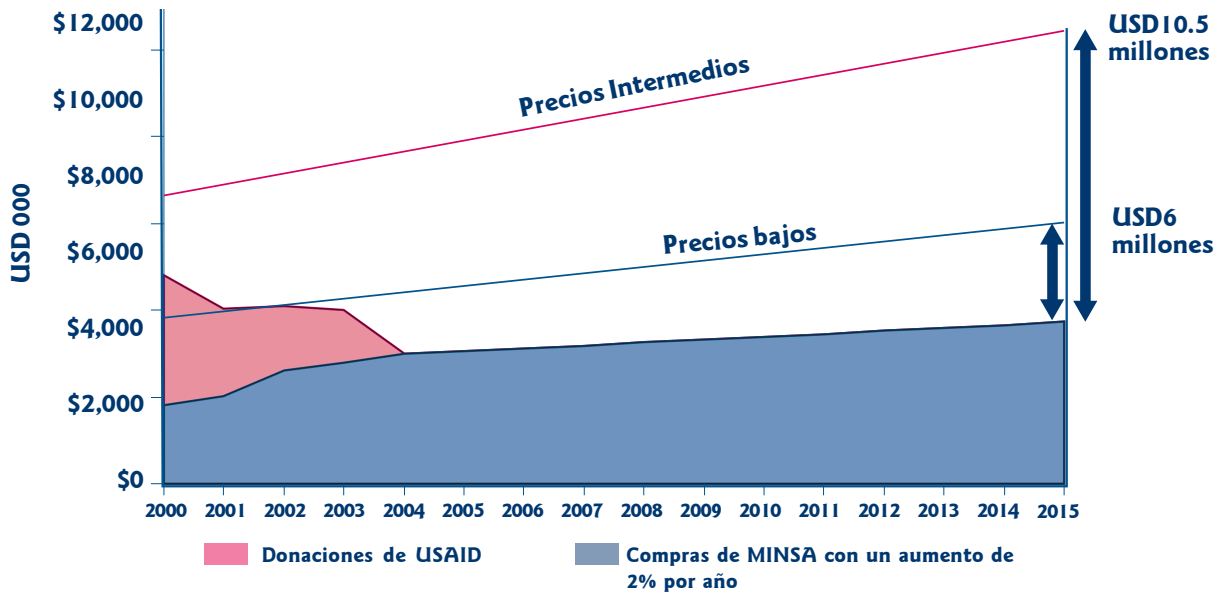
Nicaragua: Requisitos de Financiamiento del MINSA 2000-2015



Paraguay: Requisitos de Financiamiento del MSP y BS, del 1995 al 2015



Perú: Requisitos de Financiamiento del MINSA 2000-2015



Anexo 3: Programa de adquisición reembolsable de UNFPA

UNFPA ofrece un mecanismo de adquisición reembolsable a las agencias de gobierno, las ONG y las organizaciones internacionales que están trabajando en el campo de la salud reproductiva. Este servicio es diferente al servicio de la consecución de UNFPA, pero se aprovecha del mismo proceso de adquisición.

Las organizaciones que utilizan este mecanismo de adquisición reembolsable participan en una adquisición agrupada (pooled procurement) a nivel internacional. Por lo tanto, se benefician de las economías de escala y de los precios muy bajos que UNFPA puede ofrecer como uno de los compradores de más grandes del mundo de anticonceptivos y condones .

UNFPA requiere de una carta de entendimiento entre sí mismo y el gobierno, ONG o la agencia internacional que desea utilizar sus mecanismos de adquisición, Adicionalmente, UNFPA cobra un honorario administrativo de 5 por ciento del costo total de cada compra.

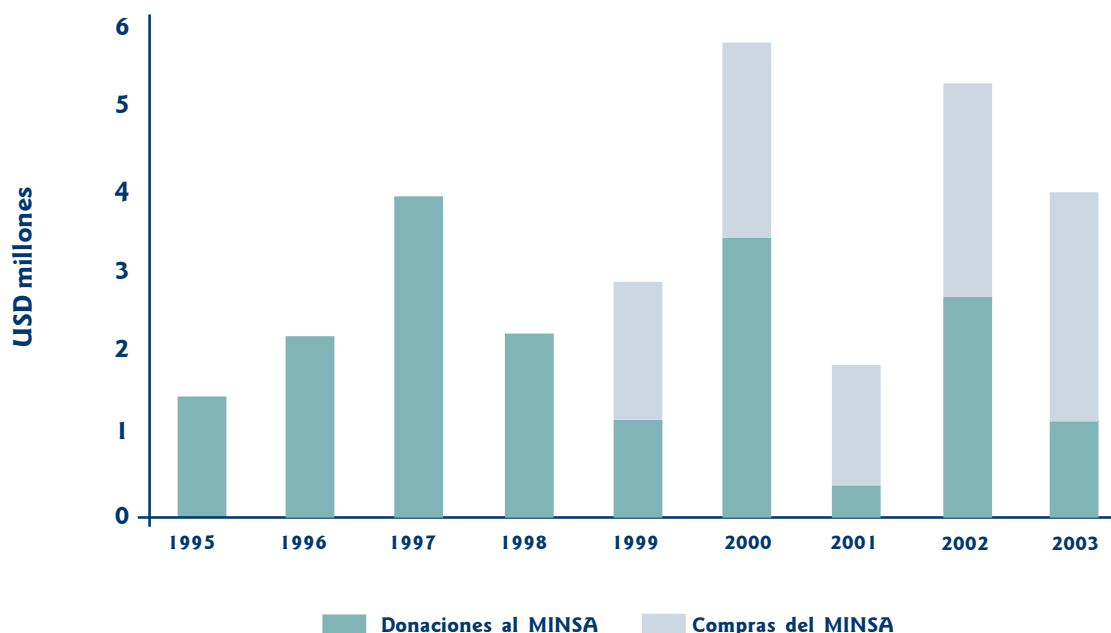
El costo estimado total de una compra, incluyendo el envío y manejo, se debe depositar con UNDP antes de iniciarse la transacción. Sin embargo, el número de veces en un sólo año en el que los compradores pueden solicitar anticonceptivos y condones no está limitado, así como tampoco hay un límite al valor total en dólares para cada adquisición. Los precios para cada uno de los productos anticonceptivos aparecen en el sitio en la red de UNFPA.

Solamente el Ministerio de Salud de Perú (desde 1999) y la ONG, Marie Stopes Internacional, han utilizado este mecanismo reembolsable de adquisición de UNFPA. Recientemente, el gobierno de El Salvador también firmó una carta de entendimiento con UNFPA, pero todavía no ha utilizado el servicio. El Ministerio de Salud de Guatemala también está comenzando a comprar anticonceptivos de UNFPA, pero a través del programa y no el mecanismo reembolsable de la adquisición.

Anexo 4: Gobierno peruano invierte en anticonceptivos

Perú es uno de los países de América Latina que se puede considerar como un éxito por su progreso hacia la disponibilidad asegurada de anticonceptivos. Aunque el gobierno peruano y el sector privado todavía enfrentan obstáculos importantes para alcanzar la disponibilidad asegurada de anticonceptivos, el gobierno se ha comprometido a alcanzar la independencia de los anticonceptivos donados y ha aumentado su presupuesto de anticonceptivos cada año desde 1999.

Compras y donaciones de anticonceptivos, 1995-2003



Fuente: NEWVERN, Prisma

El gobierno peruano estableció una reserva para la compra de anticonceptivos en su presupuesto nacional en 1998 y pronto después comenzó a comprar condones y Depo-Provera® con el programa reembolsable de consecución de UNFPA.

Las compras de anticonceptivos han aumentado cada año y en el 2004 el gobierno comprará el 80 por ciento de anticonceptivos y condones requerido, una inversión de más de \$3 millones de dólares.

Perú es el único país de estos estudios que cuenta con fondos reservados para anticonceptivos en su presupuesto anual. Asimismo, Guatemala también está tratando de establecer una reserva en su presupuesto para este propósito y Paraguay ha comenzado a seguir el gasto del sector público en anticonceptivos y condones como indicador del desarrollo.

Otros factores que han tenido importancia para aumentar el financiamiento del gobierno, aún durante períodos de oposición a la planificación familiar, han incluido: el apoyo para la planificación familiar por parte del Ministerio de Finanzas, un plan formal entre USAID y el Ministerio de Salud para la eliminación de fondos y donaciones de anticonceptivos y condones por parte de USAID, el apoyo fuerte de parte de individuos dentro el Ministerio de Salud y de la sociedad civil a la planificación familiar y a los derechos de salud reproductiva, así como también un apoyo fuerte por parte de un público informado y convencido de sus derechos a la planificación familiar y sus derechos a la salud reproductiva.

Anexo 5: Designación de anticonceptivos como «insumo estratégico»

Entre 2001-2003, el MS de Perú ha protegido con éxito su provisión de anticonceptivos. El sentimiento en contra de la planificación familiar es alto en el país en general y muchas de las funciones cotidianas del programa nacional de planificación familiar están siendo integrados y descentralizados a las regiones sanitarias, por lo cual los líderes del MS dieron un paso importante para garantizar la disponibilidad de anticonceptivos. Declararon que los insumos de los que habían sido programas nacionales de salud, incluido el programa nacional de planificación familiar, eran de «importancia estratégica» para la nación y, por lo tanto, dignos de protección especial.

La protección especial consistía en mantener el presupuesto del MS para anticonceptivos al nivel nacional, aun cuando los presupuestos y la responsabilidad por las compras de medicamentos esenciales se estaban descentralizando a las regiones sanitarias. También ayudó a proteger las compras anuales de anticonceptivos y condones por el MS a través del programa de compras reembolsables del UNFPA (ver Anexo 3) manteniendo a la compra de anticonceptivos en una rama administrativa especial del MS dedicada a insumos y servicios estratégicos.

El concepto de insumo estratégico no es nuevo. De hecho, en todos los años ochenta y noventa, la OPS promovió el concepto en la región de América Latina y el Caribe. Como resultado, los presupuestos para vacunas están protegidos en todos los países y la opción de la OPS de compras en grupo (fondo rotatorio) se usa en todos los países de la región. Esto permite que los países aprovechen precios internacionales muy favorables en forma anual, sin tener que obtener excepciones a las reglas de compra nacional.

La OPS está iniciando un programa regional para la protección y la compra en grupo de un número más alto de insumos de salud «estratégicos».

Anexo 6: Fondos para anticonceptivos

EL MS de Guatemala, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), el UNFPA y USAID están trabajando juntos para establecer un fondo para compras futuras de anticonceptivos. Desde 2002, la CIDA ha financiado donaciones de anticonceptivos al MS y el UNFPA ha obtenido estos insumos financiados por la CIDA. USAID también está donando DIU directamente al MS y tres anticonceptivos (orales, condones e inyectables) indirectamente por conducto de su afiliada de la IPPF a las ONG que prestan servicios con base en la comunidad por contrato con el MS.

En 2002, el MS contribuyó el equivalente de 5% de las compras totales del UNFPA. En 2003, esta contribución aumentó a 20% y en 2004 llegará a 30% del total de necesidades. Las contribuciones al fondo se mantienen en reserva para facilitar compras futuras de anticonceptivos por el MS. No obstante, parte de los fondos se están usando para cubrir el aumento de necesidad, principalmente de Depo-Provera, para 2005 y 2006. Se prevé que en 2006 se asignarán fondos adicionales de la CIDA al MS y que éste continuará presupuestando y pagando por el 40% de sus necesidades anuales de anticonceptivos hasta llegar a 55% en 2009. En la actualidad este fondo está siendo administrado por el UNFPA/Guatemala en nombre del MS, y tiene flexibilidad para adelantar pagos de anticonceptivos aun antes de que se liberen fondos asignados por el presupuesto anual del MS. Este mecanismo reduce algunas de las demoras que enfrentan otros países que no tienen un fondo para anticonceptivos. También se prevé que, en el futuro, el MS tendrá acceso a esta reserva, la cual se convertirá en fondo rotatorio para la compra de anticonceptivos.

El MS de Bolivia, el DFID y el UNFPA también están colaborando para capitalizar un fondo rotatorio similar de anticonceptivos. En este caso, se usará un fondo central para comprar anticonceptivos a bajo costo y ponerlos a disposición de gobiernos municipales, con un plan de costos reembolsables.

1. Asociación Demográfica Salvadoreña. 1998. *Encuesta Nacional de Salud Familiar (El Salvador)*. 1998. San Salvador, El Salvador: Asociación Demográfica Salvadoreña.
2. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social Ecuador y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. 1999. *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (Ecuador)*. 1999. Atlanta, Ga.: Centers for Disease Control.
3. Centro de Estudios Sociales y Demográficos, CESDEM, Asociación Dominicana ProBienestar de la Familia, PROFAMILIA, Oficina Nacional de Planificación, ONAPLAN y Macro Internacional Inc. 1997. *Encuesta Demográfica y de Salud (República Dominicana)*. 1996. Calverton, Md.: Macro Internacional Inc.
4. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Salud y Programa DHS+/ORC Macro. 2002. *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud*. 2001. Calverton, Md.: Programa DHS+/ORC Macro.
5. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Salud y Macro/Internacional Inc. 1999. *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud*. 1998. Calverton Md.: Macro Internacional Inc.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática y Measure/DHS+, Macro International Inc. 2001. *Encuesta Demográfica y de Salud Familia (Perú)*. 2000. Calverton, Md.: Measure/DHS+, Macro International Inc.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática y Macro International Inc. 1997. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Perú)*. 1996. Calverton, Md.: Macro International Inc.
8. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud y Deportes y ORC Macro/MEASURE DHS+. 2003. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Informe Preliminar (Bolivia)*. 2003. Calverton, Md.: ORC Macro/MEASURE DHS+
9. Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS+)/Macro International Inc. 1999. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (Guatemala)*. 1998- 1999. Calverton, Md.: Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS+)/Macro International Inc.
10. Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Agencia para el Desarrollo Internacional, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Macro International Inc. 1996. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (Guatemala)*. 1995. Calverton, Md.: Macro International Inc.
11. Ministerio de Hacienda, Instituto Nacional de Estadística y Programa DHS/Macro International Inc. 1998. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Bolivia)*. 1998. Calverton, Md.: Programa DHS/Macro International Inc.

12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e Instituto Nacional de Estadística. 2003. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (Guatemala)*. 2002. Calverton, MD.: Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS+)/Macro International, Inc.
13. Monteith, Richard S., Paul Stupp, Leo Morris y Eduardo Montana. 1992. *Ecuador: Encuesta de planificación familiar y supervivencia infantil*. 1989. Atlanta, Ga.: Centers for Disease Control.
14. ORC Macro/MEASURE DHS+. 2003. *Encuesta Demográfica y de Salud (República Dominicana)*. 2002. Calverton, Md.: ORC Macro/MEASURE DHS+.
15. Comunicación personal. *Resultados Preliminares, Encuesta de Salud Reproductiva 2003*, Paraguay.
16. Quesada, Nora, Cynthia Salamanca, Juan Agudelo, Patricia Mostajo, Varuni Dayaratna, Leslie Patykewich y Ali Karim. 2004. "Paraguay: Diagnóstico sobre la Disponibilidad Asegurada de los Insumos Anticonceptivos (DAIA), Marzo 8-19, 2004." Arlington, VA: John Snow, Inc./DELIVER y Washington, DC: Futures Group/POLICY II, para la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EE.UU. (USAID).
17. Quesada, Nora, Patricia Mostajo, Cynthia Salamanca, Cindi Cisek, Leslie Patykewich y Ali Karim. 2004. "Honduras: Diagnóstico sobre la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), Abril 26 - Mayo 7, 2004." Arlington, VA: John Snow, Inc./DELIVER y Washington, DC: Futures Group/POLICY II, para la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EE.UU. (USAID).
18. Secretaría de Salud y Asociación Hondureña de Planificación de Familia. 2002. *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, Encuesta Nacional de Salud Masculina (Honduras)*. 2001. Honduras: Asociación Hondureña de Planificación de Familia.
19. Taylor, Patricia A., Nora Quesada, Patricia Saenz, Karina Garcia, Cynthia Salamanca, Patricia Mostajo y Varuni Dayaratna. 2003. "Bolivia: Diagnóstico sobre la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), Diciembre 1-12, 2003." Arlington, VA: John Snow, Inc./DELIVER, y Washington, DC: Futures Group/POLICY II, para la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE.UU. (USAID).
20. Taylor, Patricia A., Carolina Arauz, Gracia Subiria, Cindi Cisek, José Antonio Medrano, Diony Fuentes, David Sarley, Leslie Patykewich y Ali Karim. 2004. "Nicaragua: Diagnóstico sobre la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), Febrero 2-13, 2004." Arlington, VA: John Snow, Inc./DELIVER, y Washington, DC: Futures Group/POLICY II, para la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE.UU. (USAID).
21. Taylor, Patricia A., Gracia Subiria, Cindi Cisek, Carmen Basurto Corvera, Patricia Mostajo, Leslie Patykewich y Ali Karim. 2004. "Perú: Estudio sobre la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), Septiembre 1-12, 2003." Arlington, VA: John Snow, Inc./DELIVER, y Washington, DC: Futures Group/POLICY II, para la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE.UU. (USAID).

