



**Disponibilidad Asegurada de Insumos
Anticonceptivos en Bolivia:
Evaluación de Fortalezas y Debilidades**

1 al 12 de diciembre del 2003

**USAID/LAC/RSD-PHN
Estudio Regional de Viabilidad de la Disponibilidad
Asegurada de Insumos Anticonceptivos**

Agradecimientos	2
Siglas	3
Resumen Ejecutivo	4
Introducción	6
Antecedentes	7
Servicios de Planificación Familiar en Bolivia	8
Donantes Internacionales	8
Hallazgos de la Evaluación de la DAIA	9
Estrategias Recomendadas y Próximos Pasos	16



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).

Este resumen está basado en el estudio «Bolivia: Diagnóstico sobre la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), Diciembre 1-12, 2003.» El estudio en Bolivia fue realizado por el equipo de JSI/DELIVER: Patricia A. Taylor, Nora Quesada, Patricia Saenz, Karina Garcia y Cynthia Salamanca, y el equipo de Futures Group/POLICY II: Patricia Mostajo y Varuni Dayaratna.

Los autores quieren expresar su más sincero agradecimiento a todos los miembros del Comité de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), la misión de USAID y la representación de UNFPA en Bolivia por su contribución al estudio. Asimismo, agradecemos a los funcionarios y a los prestadores de servicios de salud dentro del Ministerio de Salud y Deportes, la Oficina de Seguro Social y a la comunidad de las ONG que tomaron tiempo de sus apretadas agendas y trabajaron con el equipo del estudio.

Este documento no refleja necesariamente los puntos de vista u opiniones de USAID. Puede ser reproducido siempre que se dé crédito a John Snow, Inc./DELIVER y Futures Group/POLICY II.

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEASS	Central de Abastecimiento de Suministros para la Salud
CIES	Centro de Investigación, Educación y Servicios
CNS	Caja Nacional de Salud (Sistema de seguridad social boliviano)
DAIA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DDSS	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud del MSD
DFID	Departamento de Desarrollo Internacional (Inglaterra)
DILOS	Directorio Local de Salud
DINAMED	Dirección Nacional de Medicamentos
DIU	Dispositivo intrauterino
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y de Salud
FPLM	Dirección General de Planificación Familiar
ICPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (por su sigla en Inglés)
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPPF	Federación Internacional de Paternidad Responsable (por su sigla en Inglés)
JSI	John Snow, Inc.
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto interno bruto
PF	Planificación Familiar
SALMI	Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SIAL	Sistema de Información en la Administración Logística
SNUS	Sistema Nacional Único de Suministros
SPARHCS	Vía Estratégica para la Seguridad de Suministros de Salud Reproductiva (por su sigla en Inglés).
SR	Salud Reproductiva
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
TGF	Tasa Global de Fecundidad
UE	Unión Europea
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

La evaluación sobre la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos (DAIA) realizada en Bolivia revela que para lograr la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos a corto plazo, deberá enfrentar varios desafíos críticos. En Bolivia, el uso de métodos anticonceptivos modernos está aumentando pero aún es demasiado bajo comparado con los otros países de la región. El programa de planificación familiar (PF) de Bolivia es muy nuevo; se estableció a principios de 1990. En la actualidad, la situación económica y política del país es crítica y la agitación política provocada por la destitución del anterior presidente ha debilitado a todo el gobierno, a tal punto que tomar decisiones a largo plazo se torna casi imposible. Sin el importante apoyo de los donantes internacionales para los servicios de PF, mantener los actuales niveles de cobertura en este aspecto constituirán un desafío para el gobierno de Bolivia.

El Ministerio de Salud y Deportes (MSD), provee métodos anticonceptivos modernos a través de su red de hospitales y establecimientos de salud, así como de brigadas móviles y boticas comunales que entregan anticonceptivos en forma gratuita. El papel del gobierno respecto a la provisión de anticonceptivos se modificó levemente entre 1994 (27%) y 1998 (33%). Durante el mismo periodo, el papel desempeñado por las farmacias aumentó del 21 al 25 por ciento, las clínicas privadas y los hospitales disminuyeron del 43 por ciento al 32 por ciento y la Caja Nacional continuó atendiendo del 8 al 9 por ciento de los usuarios de anticonceptivos. Todos los años, el MSD compra grandes cantidades de medicamentos esenciales y vacunas, pero la compra de anticonceptivos no está incluida en su presupuesto. El MSD no posee un plan definitivo para sustituir los anticonceptivos donados por el Departamento de Desarrollo Internacional de Inglaterra (DFID) hasta el momento en que se realizó esta evaluación, como consecuencia de la situación política del país en su totalidad y la situación interna del MSD, la planificación y toma de decisiones a corto plazo se tornaba complicada.

Desde mediados de la década de los 90, Bolivia ha instituido una serie de reformas gubernamentales que han descentralizado las responsabilidades financieras y de gestión del sector salud, imponiendo a la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos desafíos aún mayores. El resultado global de estas reformas ha sido transferencia de la responsabilidad, autoridad y los fondos para las compras de productos farmacéuticos a los gobiernos municipales. El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y sus antecesores han contribuido para garantizar que estos fondos se destinen a intervenciones de salud prioritarias para mujeres y niños. Sin embargo, la compra local de productos farmacéuticos esenciales ha aumentado los costos y ha puesto decisiones importantes acerca de la selección y compra de productos en las manos de los establecimientos de salud o los gobiernos municipales cuales tal vez no tengan el conocimiento y las habilidades para cumplir estos cargos.

Desde 1998 la mezcla de métodos anticonceptivos de Bolivia se ha modificado significativamente y se ha producido un aumento en la entrega de anticonceptivos inyectables. El DIU ha sido un método popular en Bolivia, pero desde hace cinco años, la inserción de los DIU y el uso de anticonceptivos orales no se han incrementado en la misma proporción que otros métodos. Los métodos anticonceptivos masculinos—los preservativos y la vasectomía—casi no se utilizan. La población del país en edad reproductiva y su demanda de anticonceptivos continuará creciendo y modificándose en la próxima década.

El resultado de la evaluación sugiere que a Bolivia va a resultarle muy difícil lograr la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos a mediano plazo y los indicios actuales sugieren que éste es un objetivo poco realista. El gobierno boliviano, con la ayuda del Banco Mundial, del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), UNFPA, USAID y otros están realizando la valiente labor de ampliar y aumentar el acceso a la atención primaria en salud pero se necesitará por lo menos otra década de ayuda para alcanzar a las poblaciones aisladas y culturalmente difíciles de acceder con respecto a la información de salud reproductiva (SR), planificación familiar de calidad y anticonceptivos.

En la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC), la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos se ha convertido en un tema cada vez más importante. A pesar de que USAID y muchos otros donantes internacionales han apoyado la planificación familiar durante más de tres décadas, actualmente las inversiones de los donantes están disminuyendo y las donaciones de anticonceptivos han sido o están siendo reducidas progresivamente en muchos países latinoamericanos. Al mismo tiempo, la demanda de anticonceptivos continúa creciendo a medida que la población predominantemente joven de la región atraviesa la edad reproductiva.

Es en este clima que las oficinas locales de USAID y de UNFPA están trabajando con los países anfitriones y con los beneficiarios de las ONG para tratar el tema de la DAIA. Para apoyar esta labor, la oficina de USAID para Latinoamérica y el Caribe (LAC/RSD-PHN) ha realizado un estudio regional de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en la que se basarán las futuras decisiones de políticas y programas a nivel regional y nacional. Los proyectos POLICY y DELIVER de USAID llevaron a cabo la evaluación en cinco países de la región. La evaluación se elaboró para tratar los siguientes temas:

- ¿Cuáles son los principales temas de DAIA comunes en la mayoría de los países asistidos por USAID en la región de Latinoamérica y el Caribe?
- ¿Cuáles son las intervenciones regionales más prometedoras para tratar estos temas?
- ¿Cómo debería estructurarse la futura asistencia regional para maximizar los beneficios?
- ¿Cuáles son los temas a nivel nacional que deberían continuar tratándose dentro del país y por qué no deben “regionalizarse”?

Estas actividades comenzaron en julio de 2003 durante una conferencia regional sobre DAIA en Nicaragua desarrollada para lograr una mayor concientización acerca de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos y para estimular el dialogo. Durante esta reunión, los representantes de cada país participante conformaron un Comité de DAIA destinado a liderar la discusión sobre los temas relacionados con la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos y a actuar como un enlace en la evaluación de dicha seguridad, en aquellos países que formaban parte del estudio regional. La evaluación de DAIA se realizó en Bolivia en diciembre de 2003.

En Bolivia hay cerca de 9 millones de habitantes, más de un tercio (38%) son menores de 15 años. La última Encuesta Nacional Demográfica de Salud de Bolivia (ENDSA) se realizó en 1998. La tasa global de fecundidad (TGF) se estimó en 4,2 hijos por mujer, casi un hijo menos que en 1989. Sin embargo, este cambio de la TGF sólo se ha producido en zonas urbanas. En las zonas rurales la TGF sigue siendo de 6 hijos por mujer y no ha cambiado en los últimos 10 años. El alto índice de la TGF está relacionado con los bajos niveles de uso de anticonceptivos comparados con el resto de Latinoamérica. En zonas urbanas, la prevalencia de uso es del 57,6 por ciento entre las mujeres unidas en edad fértil, y en zonas rurales, la prevalencia del uso de anticonceptivos es de tan solo el 30 por ciento. Estas tendencias demuestran que la prevalencia del uso de anticonceptivos solo ha aumentado en zonas urbanas y que, en la actualidad, la brecha entre zonas urbanas y rurales es aún más profunda.

El programa del gobierno boliviano sobre PF es relativamente nuevo. Hasta finales de la década del 80, Bolivia era esencialmente pronatalista como resultado de fuertes fuerzas contrarias a la planificación familiar dentro de la Iglesia Católica y a la creencia de que el país tenía poca población. En la década de los 70 y 80 se produjo una fuerte oposición en contra de la introducción de la planificación familiar. A principios de la década de los 70, se acusó al Cuerpo de Paz de coaccionar para que se realizaran esterilizaciones y fueron expulsados. En la década de los 80, el gobierno prohibió a las ONG que distribuyeran anticonceptivos. En ese momento, varias ONG, la Comisión Nacional de la Población y USAID llevaron a cabo estudios y talleres con respecto a la importancia de la planificación familiar para la reducción de abortos y de la mortalidad materna.

Como resultado de esta labor, en 1989, el gobierno lanzó el Plan Nacional de Supervivencia y Salud Materna, que exigió la prestación de servicios de PF en los establecimientos de salud gubernamentales. A principios de la década de los 90, a este plan le siguieron declaraciones de políticas y acuerdos internacionales que reconocían a la salud reproductiva como un derecho fundamental y establecían el Programa Nacional de Salud Sexual Reproductiva de 1997 a 2002.

La economía en deterioro y la reciente crisis política de Bolivia son las amenazas más inmediatas para lograr su disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en el futuro. Las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) establecen que en 2003 la población de Bolivia ascendía a 8,9 millones de habitantes. Alrededor de dos tercios de los bolivianos son pobres y poseen un bajo nivel educativo, de salud y nutricional. En los últimos años, una serie de impactos económicos han producido una disminución en el crecimiento real del PIB y la pobreza ha aumentado. En el año 2003, esta situación produjo serios episodios de agitación civil que culminaron con la destitución del presidente elegido, apenas dos meses antes de realizar esta evaluación.

Servicios de Planificación Familiar en Bolivia

El Ministerio de Salud y Deportes (MSD), provee métodos anticonceptivos modernos a través de su red de hospitales y establecimientos de salud así como de brigadas móviles y boticas comunales que entregan anticonceptivos en forma gratuita. El MSD presta servicios de anticonceptivos a aproximadamente el 32 por ciento de la población. Dentro del MSD a nivel nacional, la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud del MSD (DDSS) y la Dirección Nacional de Medicamentos (DINAMED) así como la Central de Abastecimiento de Suministros para la Salud (CEASS) paraestatal son entidades que participan directamente en la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos. El MSD opera de manera descentralizada; el nivel central comparte la supervisión de las municipalidades con el Servicio Departamental de Salud (SEDES).

La Caja Nacional de Salud de Bolivia (CNS), el sistema de seguridad social, presta servicios asistenciales a aproximadamente el 25 por ciento de la población. En 1998, la CNS prestaba servicios de PF a alrededor del 13 por ciento de los usuarios a través de la ayuda técnica o de insumos proporcionada por USAID. Desde que concluyó en 2000 la asistencia de USAID, la CNS ya no provee regularmente servicios de anticonceptivos o insumos.

La ONG más grande de Bolivia que presta servicios de PF incluye a PROSALUD (32 clínicas y la principal labor de mercadeo social del país) y el Centro de Investigación, Educación y Servicios (CIES) (nueve centros de prestación de servicios). Los proveedores más chicos como Marie Stopes, COMBASE y otros operan clínicas o programas de difusión en una o más zonas del país. El papel que desempeñan las ONG en la provisión de anticonceptivos para el público es importante pero no es cuantificable. Las clínicas y hospitales privados realizan anticoncepción quirúrgica voluntaria y insertan los DIU, pero la mayoría solicitan a sus clientes que compren las píldoras, preservativos e inyectables en las farmacias. En 1998, el 32 por ciento de los métodos modernos de PF supuestamente eran proporcionados por clínicas privadas.

Donantes Internacionales

(8)

USAID, DFID y UNFPA han sido los principales defensores de la planificación familiar a través de programas de SR explícitos con los sectores público y de las ONG. Desde el año 2002, el DFID provee al MSD anticonceptivos donados, adquiridos a través de UNFPA. UNFPA también proporciona ayuda técnica al MSD y, actualmente, está trabajando en nueve municipalidades para desarrollar la capacidad de planificación y manejo de los servicios de SR, incluyendo el financiamiento de los anticonceptivos. USAID apoya el programa de SR del MSD con asistencia técnica en logística, y además es el mayor proveedor de anticonceptivos donados al país; sin

embargo, todas las donaciones de anticonceptivos de USAID, se dirigen al programa de mercadeo social de PROSALUD y a través de ésta a muchas Las ONG bolivianas. La asistencia de anticonceptivos provenientes de DFID concluirá a fines de 2004 y USAID continuará hasta por lo menos 2008. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) también proporciona ayuda al gobierno en su laboratorio nacional y en la compra anual de productos farmacéuticos esenciales. CIES es afiliado actual de la Federación Internacional de Paternidad Responsable (IPPF) y compra la mayor parte de sus anticonceptivos a PROSALUD.

El Banco Mundial, el BID y la Unión Europea (UE) también participan activamente en el esfuerzo por reformar el sector salud que tiene como objetivo fortalecer la gestión descentralizada y ampliar la cobertura de todos los servicios de salud primarios. A pesar de que esto debería incluir la planificación familiar, en realidad, ésta no se destaca en forma notoria en las últimas reformas.

Hallazgos de la Evaluación de la DAIA

Para realizar la evaluación, el equipo DELIVER/POLICY aplicó el marco conceptual de la disponibilidad asegurada de suministros de salud reproductiva (SPARHCS, por su sigla en inglés). A continuación se describen los principales hallazgos para cada uno de los elementos del marco conceptual.

Entorno

Desde mediados de la década de los 90, Bolivia ha instituido una serie de reformas gubernamentales que han descentralizado las responsabilidades financieras y de gestión del sector salud. A fines de la década de los 80, se introdujo la recuperación de costos y se establecieron los fondos rotativos para medicamentos en los establecimientos de salud individuales. A mediados de la década de los 90, se sancionaron varias leyes que trasladaron los ingresos provenientes de impuestos como también la propiedad de la infraestructura de salud a los gobiernos municipales del país y se otorgó el poder sobre la asignación del personal del sector salud a las prefecturas departamentales.

En 1999, se modificó el nombre del Seguro Materno Infantil al Seguro Básico de Salud y se amplió a 90 servicios de salud diferentes y los ingresos obligatorios asignados para el paquete del Seguro Básico de Salud se duplicaron del 3,2 por ciento al 6,4 por ciento. En teoría, los servicios e insumos del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva también se incluyeron en el Seguro Básico de Salud, y se mantuvo en todos los niveles del sistema de salud la entrega gratuita de anticonceptivos donados y éstos no fueron reembolsados. En el año 2002, nuevamente se modificó el nombre del Seguro Básico de Salud al de Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), y se lo institucionalizó a través de la ley 2426. El SUMI incluye dentro las prestaciones los servicios de PF que cubre a las mujeres durante los primeros seis meses posteriores al parto; sin embargo actualmente el SUMI no cubre los costos de los anticonceptivos que continúan siendo entregados a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Asimismo, en 2002 el MSD se reorganizó de acuerdo con un nuevo

modelo de prestación de servicios de salud más compatible con las reformas mencionadas anteriormente. Otro gran logro fue la integración del sistemas de suministros con la promulgación de la ley 26873 del Sistema Nacional Único de Suministro (SNUS)

El resultado global de todas estas reformas ha sido la transferencia de la responsabilidad, autoridad y los fondos provenientes de la gran parte de las compras de productos farmacéuticos a establecimientos de salud y/o gobiernos municipales. El SUMI y sus antecesores han contribuido para garantizar que estos fondos se destinen a intervenciones de salud prioritarias para mujeres y niños. Sin embargo, la compra local de productos farmacéuticos esenciales ha aumentado los costos y ha puesto decisiones importantes acerca de la selección y compra de productos en las manos de los establecimientos de salud o los gobiernos municipales cuales tal vez no tengan el conocimiento y las habilidades para cumplir estos cargos.

Demanda y Utilización

Durante la década de los 90 mejoraron los índices de fertilidad y el uso de anticonceptivos en Bolivia, pero al final de la década el uso de anticonceptivos modernos aún era la más baja de Latinoamérica. En el momento en que se realizó ENDSA 1998, solamente un cuarto de mujeres en edad reproductiva en “uniones establecidas de facto” utilizaba un método anticonceptivo moderno. Existen marcadas diferencias en el uso de anticonceptivos y en las necesidades de planificación familiar no cubiertas; considerablemente mayores entre las mujeres que residen en zonas rurales y aquellas que residen en el altiplano, aquellas que pertenecen a los quintiles de más bajos recursos socioeconómicos y aquellas sin educación formal o precaria. En Bolivia, las necesidades no cubiertas respecto de los métodos de PF a largo plazo son muy elevadas, lo que indica que aquellas mujeres que sientan la necesidad de evitar futuros embarazos no tienen fácil acceso—físico, cultural o financiero—a los métodos anticonceptivos a largo plazo, incluyendo la esterilización.

Aparentemente, desde 1998 la mezcla de métodos anticonceptivos de Bolivia se ha modificado significativamente y se ha producido un aumento en la entrega de anticonceptivos inyectables. El DIU ha sido un método popular en Bolivia, pero desde hace cinco años, la inserción de los DIU y el uso de anticonceptivos orales no se han incrementado en la misma proporción que otros métodos. Los métodos anticonceptivos masculinos—los preservativos y la vasectomía—casi no se utilizan.

La población del país en edad reproductiva y su demanda de anticonceptivos continuará creciendo y modificándose en la próxima década. Sin el importante apoyo de los donantes internacionales para los servicios de PF, mantener aún los actuales niveles de cobertura en este aspecto constituirá un desafío para el gobierno de Bolivia.

Servicios

El objetivo del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MSD del 2003 al 2007 consiste en mejorar el acceso físico, cultural y financiero de las poblaciones con dificultades, a la información y servicios, incluyendo a los anticonceptivos. Los proyectos del Banco Mundial y del BID han permitido que el MSD incorpore personal de salud y brigadas móviles de apoyo para que puedan llegar a zonas remotas para prestar servicios de salud primarios, pero no queda claro en qué medida estos programas se ocupan de la planificación familiar. SUMI ha eliminado las barreras financieras a algunas

intervenciones de SR para mujeres pobres, pero ampliar el acceso a la planificación familiar no constituye un objetivo explícito del SUMI.

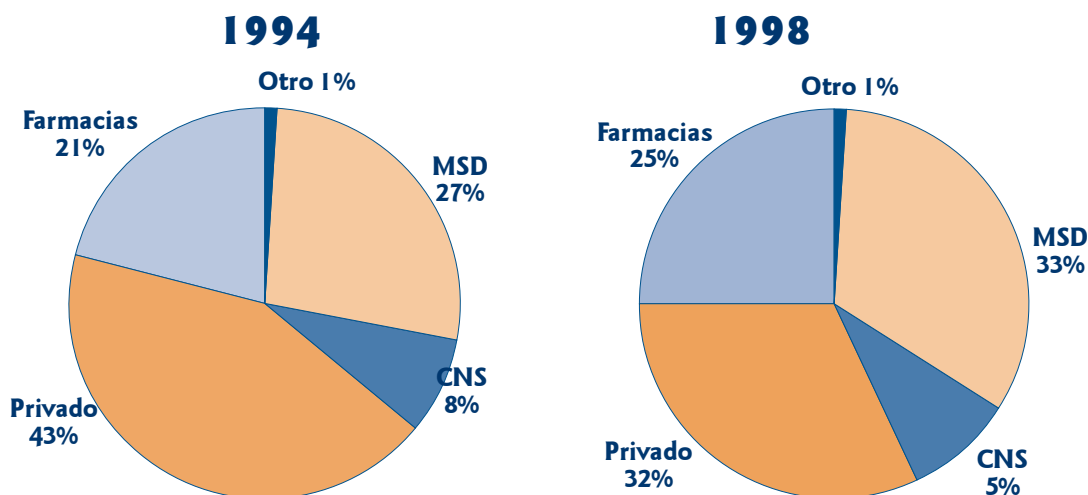
La evaluación de DAIA también demostró que muchos centros de salud en el pasado tuvieron desabastecimiento de anticonceptivos. El estudio logístico de campo incluyó a 142 centros asistenciales en los nueve departamentos del país. El sesenta por ciento de los establecimientos de salud visitados habían sufrido la falta de uno o más productos anticonceptivos durante los primeros nueve meses de 2003.

Los servicios de las ONG continúan llegando a las comunidades rurales y periurbanas gracias al apoyo de las donaciones internacionales. Sin embargo, en los últimos años, varias ONG, incluyendo CIES, han tenido que cerrar programas dirigidos a la comunidad como consecuencia de los altos costos de mantenimiento. En la medida que la asistencia de DFID y USAID para los programas de PF declinan, es posible que en el futuro existan aún menos programas de PF de las ONG para servir grupos carenciados.

Segmentación del Mercado

El papel del gobierno respecto a la provisión de anticonceptivos se modificó levemente entre 1994 (27%) y 1998 (33%). Durante el mismo período, el papel desempeñado por las farmacias aumentó del 21 al 25 por ciento de usuarios, las clínicas privadas y los hospitales disminuyeron del 43 al 32 por ciento y la CNS continuó atendiendo del 8 al 9 por ciento de los usuarios de anticonceptivos. (Vea Figura 1) Desde 1998, las estadísticas de servicio del MSD y de las ONG demuestran que se mantiene el aumento de la participación en el mercado de los anticonceptivos del MSD y especialmente de las farmacias. También demuestran que el papel de la CNS en la planificación familiar ha disminuido drásticamente desde que en 1999 concluyó la asistencia de la USAID a la Unidad de Salud Reproductiva.

Figura 1. Fuentes de Abastecimiento de Anticonceptivos y Condones



Tanto los establecimientos médicos privados como las farmacias comerciales poseen un importante nicho entre los grupos de ingresos altos y medios que pueden abonar los servicios de PF y los anticonceptivos que reciben. El programa de mercadeo social de PROSALUD ha aumentado en gran medida el papel de las farmacias comerciales en la planificación familiar mientras que también están realizando un suministro confiable de anticonceptivos disponibles para otras ONG a precios muy favorables. Las marcas comerciales de anticonceptivos se encuentran de alguna manera limitados en las farmacias bolivianas y son mucho más costosos de lo que la gran mayoría de los bolivianos pueden pagar. El principal obstáculo para ampliar el futuro papel de las farmacias es que la mayoría están ubicadas en zonas urbanas. Como tales, a pesar de que juegan un papel muy importante entre aquellos que poseen la capacidad de pagar, no pueden alcanzar a las poblaciones rurales y periurbanas que no pueden hacerlo. Éstas poseen el mayor índice continuo de necesidades no cubiertas y menos posibilidades de pagar los anticonceptivos. Además, la ampliación del sector comercial se debe principalmente al apoyo proporcionado por PROSALUD a través de productos subsidiados y comercializados por distribuidores locales. Esto hace que la futura expansión sea vulnerable una vez que las donaciones provenientes de USAID comiencen a declinar.

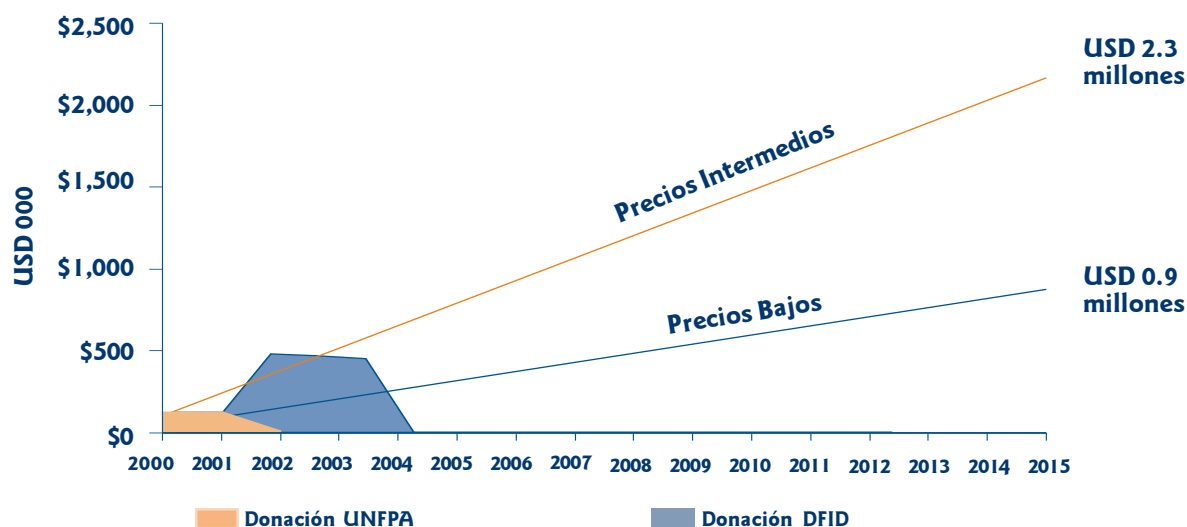
Financiamiento

El MSD aun no ha presupuestado para ni comprado anticonceptivos. Todos los años, el MSD compra grandes cantidades de medicamentos esenciales y vacunas pero éstas no incluyen anticonceptivos. El MSD no posee un plan definitivo para sustituir los anticonceptivos donados por DFID y en el momento en que se realizó esta evaluación, se tornaba imposible la planificación y toma de decisiones a corto plazo debido a la situación política del país en su totalidad así como la del interior del MSD.

UNFPA, DFID y USAID son las principales fuentes de anticonceptivos de Bolivia. Desde 1998 a 2001, UNFPA donó al MSD aproximadamente USD 125.000 en anticonceptivos por año. Comenzando en 2002, DFID comenzó a proveer los fondos para dichas donaciones y UNFPA se dedicó a manejar la adquisición. El valor de las donaciones de anticonceptivos de DFID en los dos últimos años ha sido superior a los USD 450.000 por año. Durante el año 2004, DFID/UNFPA continuarán proporcionando fondos para anticonceptivos y luego se espera que esta ayuda termine. El valor total de las donaciones de anticonceptivos de USAID fueron de alrededor de USD 380.000 por año desde 1998 a 2000 y luego en los últimos tres años ascendieron a USD 1,1 millón anuales. Las donaciones actuales de USAID son solamente para PROSALUD, para su programa de mercadeo social. USAID no posee un plan de reducción de asistencia para PROSALUD pero prevé que las donaciones de insumos serán de aproximadamente USD 1 millón anual por lo menos hasta 2005.

Cuando en 2004 concluyan las donaciones provenientes de DFID, a menos que se garantice otra provisión de fondos, es probable que el MSD deba enfrentar un gran déficit financiero. Tomando los precios bajos de las unidades anticonceptivas, las proyecciones financieras preparadas durante esta evaluación indican que el requerimiento total del ministerio en 2005 sera de aproximadamente USD 300.000. Como consecuencia del crecimiento de la población y del permanente aumento del uso de métodos anticonceptivos modernos, en el año 2015 este requerimiento podría llegar hasta USD 900.000 anuales considerando unidades de precio bajo. En el caso de los precios intermedios, el requerimiento sería de más del doble (Vea Figura 2)

Figura 2. Requisitos de Financiamiento del MSD 2000-2015



Bolivia posee una mayor variedad de opciones a corto y largo plazo que la mayoría de los países de la región gracias a su sistema de salud altamente descentralizado y a la existencia de agentes de adquisiciones comerciales, paraestatales y las ONG, que actualmente están importando o están preparadas para importar anticonceptivos y preservativos. El futuro financiamiento para anticonceptivos posiblemente provenga de alguna combinación de las siguientes fuentes: Presupuesto del Tesoro Nacional; Fondos del SUMI/Diálogo 2000 a nivel municipal; préstamos o créditos del Banco Mundial, BID o de la UE; UNFPA y/u otros proyectos de donaciones bilaterales; patronos y empleados a través del sistema de seguridad social; recuperación de costos y fondos renovables para medicamentos de los establecimientos de salud gubernamentales y de las ONG y compras de anticonceptivos por parte de los individuos en farmacias y otros puntos de distribución comercial.

Adquisición

A largo plazo, aparentemente, la fuente de fondos gubernamentales para anticonceptivos más confiables es alguna combinación de fondos provenientes de SUMI y HIPC/Diálogo 2000, administrados por directorios locales de salud (DILOS) a través de cuentas de salud municipales. Sin embargo, habría que modificar la ley del SUMI para que todas las mujeres en edad reproductiva puedan tener acceso a estos fondos. Si dicho cambio se realiza, se trasladará en forma efectiva la responsabilidad de la compra de anticonceptivos del nivel central del MSD a las municipalidades y establecimientos de salud.

Gracias al sistema actual de compra de medicamentos esenciales a nivel local, en la actualidad, se pueden conseguir los medicamentos con mayor facilidad en los centros de salud, pero también es más caro de lo que debería ser y no se les supervisa con el cuidado que se debería. De acuerdo con la normativa actual de adquisición, deberá obtenerse un presupuesto de CEASS para todas las compras que excedan los Bs100,000 (USD1 = Bs7.90). Si el presupuesto de CEASS es igual o inferior al del proveedor privado, el contrato se adjudicará a CEASS; de lo contrario el comprador deberá seleccionar otro proveedor. Colocar las compras de anticonceptivos dentro de este sistema sería muy peligroso ya que podría resultar en precios de anticonceptivos inaceptablemente elevados; decisiones que no sean

congruentes con el desarrollo nacional y/o políticas de precios; problemas con la selección y calidad de los productos y el inventario excesivo y/o la falta de productos en establecimientos de salud debido a las restricciones y predicciones inadecuadas de los recursos locales y a la capacidad de gestión en municipios y establecimientos de salud.

La opción de adquisición más rentable para el MSD en el momento de la evaluación, era realizar adquisiciones a través de uno de los servicios de adquisiciones reembolsables ofrecidos por UNFPA, IPPF u OPS. El acuerdo actual entre CEASS y la OPS para la adquisición reembolsable establece el precedente para la compra en virtud de dicho acuerdo o para la firma de otro acuerdo, por ejemplo, con UNFPA, específicamente establecido para la adquisición de anticonceptivos. Como la adquisición internacional a través de la OPS y UNFPA constituye un largo proceso, deberían investigarse otras opciones de adquisición nacional.

El exitoso programa de mercadeo social de PROSALUD ha contado con el generoso apoyo de USAID y, como consecuencia de ello, está en una buena posición para comenzar a comprar anticonceptivos a través de su considerable reserva de fondos. Esta reserva también permitirá que PROSALUD negocie y estable relaciones con proveedores que necesitará en el futuro para garantizar una política de precios estable y derechos de distribución y para aumentar los precios que cobra a sus clientes en forma más gradual que hubiera sido posible si no existiera este respaldo. Por lo general, las ONG que compran anticonceptivos a PROSALUD han aceptado la recuperación del costo y han podido aprovechar los precios favorables de PROSALUD para establecer su propio fondo renovable para los insumos de anticonceptivos.

Gestión de Logística

En 1992 John Snow, Inc. (JSI)/Dirección General de Planificación Familiar (FPLM) comenzaron a trabajar con la comunidad de ONG para introducir un Sistema de Información en la Administración Logística (SIAL) de anticonceptivos. En 1996, esta labor se amplió para incluir al MSD. En la década de los 90, el excedente de inventario y el desperdicio de anticonceptivos donados se convirtieron en un problema serio para el MSD, especialmente porque los donantes estaban comprando y el MSD asignaba los productos según las previsiones que se basaban en el uso de la población. El SIAL de anticonceptivos se elaboró consolidando y simplificando los registros e informes de suministros existentes y adoptando un enfoque basado en el consumo para la previsión, adquisición, requerimiento y asignación de los suministros de anticonceptivos disponibles.

El SIAL para anticonceptivos no solo tuvo un efecto importante en la logística de los anticonceptivos sino que también ha servido como la base del SNUS y de su sistema administrativo, SALMI. Cuando el paquete de Seguro de Salud básico adoptó el SIAL para anticonceptivos para la gestión y seguimiento de todos los suministros farmacéuticos incluidos en ese ambicioso programa, se logró un importante paso en la gestión logística del MSD.

(14)

Los dos problemas más importantes con el SIAL han sido la falta de recursos para su monitoreo, supervisión y refuerzo de la capacitación del SIAL en el trabajo y la distribución de anticonceptivos. En los establecimientos de salud, el seguimiento y la supervisión de los temas relacionados con la logística es escaso. Por ello, no se detectan los errores y éstos pasan desde los establecimientos de salud a los niveles regional y central. Como el nivel central no monitorea o consolida la información proveniente

de SIAL en forma regular ni tiene un equipo asignado para actualizarlo regularmente, las previsiones de anticonceptivos del MSD aún se generan con información incorrecta y, con frecuencia, la distribución se basa en los productos disponibles en el depósito central y el regional en contraposición a las cantidades solicitadas. Esta es la causa del desabastecimiento en algunos casos y del inventario excesivo en otros. La falta de vehículos, combustible y de personal para distribuir los suministros desde las oficinas regionales hasta los establecimientos municipales y de salud hace que la distribución de los anticonceptivos a los establecimientos de salud sea poco efectiva. Es importante para el futuro lograr la concientización de las municipalidades y su participación en el transporte de los anticonceptivos.

En 2002, con la transformación del Seguro de Salud Básico al actual SUMI, el MSD integró estos sistemas múltiples de suministros y creó el SNUS. Nuevamente se adoptó el SIAL de anticonceptivos como base para este sistema recientemente integrado. A partir de 2003, todas las funciones logísticas de anticonceptivos del sistema de salud pública se realizan en forma integrada según el SNUS.

Política

En 1994, Bolivia fue signataria del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (ICPD) y de la Estrategia de la Reducción de la Pobreza en el que se establece a la planificación familiar como una prioridad del gobierno. Sin embargo, la evaluación concluyó que el marco jurídico/político de Bolivia no favoreció la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos como debería haberlo hecho. Esto se produjo por que en el momento de la evaluación de DAIA, el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2003 a 2007 no había sido aprobado y aún se desconocía la postura del nuevo ministro con respecto a la planificación familiar¹; el paquete del seguro de SUMI restringía el financiamiento y la entrega de anticonceptivos en forma gratuita a mujeres en el período post parto, cuando en realidad, durante ese período pocas mujeres utilizan métodos anticonceptivos; acuerdos de gestión, que constituyen uno de los pilares de la descentralización y de las recientes reformas de salud de Bolivia, no incluyeron objetivos ni indicadores de PF; y a pesar de que las cuentas de salud municipales y los fondos renovables de medicamentos se consideraban como la mejor alternativa para el financiamiento y la compra de anticonceptivos, el marco normativo requerido para permitir a los municipios desempeñar este nuevo papel, no estaba activado ni se le planeaba.

Liderazgo y Compromiso

En el momento de la evaluación, el MSD carecía de dirección y de la perspectiva a largo plazo requerida para tomar ciertas decisiones críticas necesarias para garantizar la disponibilidad de los anticonceptivos en centros de salud gubernamentales una vez que DFID dejara de proveer fondos. Asimismo se determinó que la dirección municipal era débil en temas de salud reproductiva. Si las municipalidades van a asumir la responsabilidad parcial para la futura planificación, financiamiento y compra de anticonceptivos de acuerdo con el SUMI, tal como se propuso, se deberá aumentar considerablemente la conciencia al respecto de capacitarse en la provisión y planificación financiera y en el apoyo logístico. También requerirán de un marco regulatorio que oriente las opciones de adquisición, selección de productos, compras, etc.

¹ El plan del Programa de Salud Reproductiva y Sexual se aprobó en febrero de 2004, después de esta evaluación y creemos que los nuevos dirigentes del MSD apoyan este programa.

Coordinación

Bolivia posee una fuerte tradición de coordinación del sector público y privado en torno de los temas de SR. La labor del comité de logística de anticonceptivos durante la década de los 90 fue importante para el desarrollo más eficiente de la información y sistemas de administración de anticonceptivos para el uso de las ONG así como del gobierno. Desde fines de la década de los 90, el trabajo del Foro de Salud Sexual y Reproductiva multisectorial ha sido muy importante en términos de la defensa y desarrollo de normas y normativas nacionales respecto de la SR; materiales de información, educación y comunicación y el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. En 2003 se impulsó la coordinación de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos cuando un grupo de bolivianos del MSD, UNFPA, USAID y de la comunidad de ONG participaron en la conferencia regional de DAIA realizada en Nicaragua. Después de la conferencia, se formó un Comité de DAIA multiagencia. Conducido por el Director de Servicios de Salud del MSD, el comité se reunió regularmente en la última parte del año y fue uno de los principales participantes de esta evaluación. Los problemas políticos ocurridos a fines del año 2003 en Bolivia, produjeron un impacto negativo sobre los miembros de Comité de Seguridad Anticonceptiva así como en la posibilidad de que el ministro liderara la labor del comité.

Estrategias Recomendadas y Próximos Pasos

Estrategia 1.

Abogar por políticas de SR a nivel nacional que mejoran la accesibilidad y ayudan a garantizar la continuidad del suministro de anticonceptivos y preservativos en la medida que se reduzcan los fondos provenientes de donaciones.

- Abogar por la aprobación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para el período 2003 a 2007 (posteriormente aprobado en febrero de 2004) y por la modificación de la ley del SUMI para que se incluya la prestación de servicios de PF y anticonceptivos a todas las mujeres en edad reproductiva. Además, debería incluirse un indicador de PF en los contratos que constituyen un pilar para la descentralización del sector salud.
- Proporcionar información y asistencia técnica a los dirigentes del MSD para facilitar los cambios de la política mencionados anteriormente y otras decisiones relativas a la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. Siempre presentar la necesidad de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos en el contexto de objetivos de desarrollo nacional tales como la reducción de la mortalidad materno-infantil.

- Aplicar los resultados obtenidos en ENDSA 2003 en la medida en que se pueda tener acceso a ellos para actualizar y difundir el análisis de este informe. Asimismo, realizar un análisis de la segmentación secundaria del mercado del *dataset* de ENDSA 2003 para identificar inequidades socioeconómicas, geográficas y de otro tipo, respecto al acceso y uso de los métodos anticonceptivos modernos. Difundir este análisis para promover una mejor segmentación del mercado.

Estrategia 2.

Identificar fuentes continuas de financiamiento para anticonceptivos para sustituir la ayuda y financiamiento de los donantes y establecer políticas y sistemas de adquisición que garanticen un continuo suministro de productos de bajo costo y de buena calidad con el fin de reducir las barreras de accesibilidad de los pobres.

- Elaborar planes formales para el desabastecimiento o eliminación gradual de la ayuda de los donantes. Comprometer al MSD y a los donantes internacionales –DFID, USAID y UNFPA– a que elaboren dos planes, uno para el sector público y otro para el sector privado. Establecer objetivos reales de acuerdo con los fondos anticipados y medir su evolución.
- Rápidamente establecer un sistema de financiamiento municipal relacionado con el SUMI a través de la adquisición de anticonceptivos a bajo costo a nivel central. Para ello, se requerirá un decreto ministerial que permita que los municipios y los establecimientos de salud compren anticonceptivos a través del SUMI y de los fondos renovables de medicamentos y que vendan anticonceptivos a los clientes que no poseen cobertura del SUMI. DFID también debe permitir que CEASS vendan anticonceptivos donados en establecimientos de salud y municipalidades. Utilizar las ganancias producidas por las ventas de anticonceptivos para establecer y capitalizar un fondo renovable a nivel nacional.
- Comenzar con la compra de anticonceptivos a nivel central de la manera más rentable posible. Incluir una partida para la compra de anticonceptivos en el Plan Operativo Anual 2005 de CEASS.
- Firmar un Memorándum de Entendimiento entre UNFPA y el gobierno de Bolivia que permita a CEASS utilizar el mecanismo de compra reembolsable para anticonceptivos económicos de UNFPA, o utilizar el acuerdo existente entre el gobierno y la OPS para la compra de anticonceptivos junto con la compra anual de medicamentos básicos.
- Garantizar los fondos provenientes del Tesoro Nacional y otros si fuera necesario para evitar el desabastecimiento de los establecimientos de salud gubernamentales durante la etapa de eliminación del apoyo de DFID, la modificación de las políticas y la creación del fondo/ suministro renovable de anticonceptivos.
- Si los anticonceptivos escasean en el sector público, centrarse o focalizar en la distribución de estos productos gratuitos—a través del SUMI, del programa nacional o de ambos—en la población más vulnerables (por ej, zonas rurales, individuos y familias con recursos limitados, etc.) de Bolivia.

Estrategia 3.

Alentar a los gobiernos locales, DILOS, redes de sociedades civiles y comunidades a abogar y a desarrollar la capacidad de planificación, financiamiento y prestación de los servicios de SR.

- Determinar el papel de las municipalidades y DILOS en la planificación, financiamiento y supervisión de los servicios de PF y los anticonceptivos.
- Ampliar la labor actual de UNFPA para lograr una mayor conciencia con respecto a los temas de SR entre los gobiernos municipales y DILOS. Informarles acerca de la reducción esperada en las donaciones de anticonceptivos; fortalecer su capacidad para planificar, gestionar y financiar los servicios de PF y trabajar junto a ellos para incluir los requisitos de PF en sus planes operativos anuales.
- Incluir a la sociedad civil y a otras organizaciones en la planificación, supervisión y cabildeo para mejorar los servicios de SR y Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos.

Estrategia 4.

Desarrollar una segmentación del mercado más racional en la que el gobierno se centre en aquellos que tengan menos posibilidades de pagar insumos para la PF, mercadeo social alcance a los grupos socioeconómicos medios y que el sector comercial abastezca a aquellos que pueden pagar.

- Realizar un análisis profundo de la segmentación del mercado utilizando la nueva ENDSA 2003 para comprender mejor la estructura actual del mercado de anticonceptivos, es decir, las características de aquellos que obtienen anticonceptivos de las diferentes fuentes provenientes del sector público y privado. De acuerdo con los resultados, desarrollar un plan que se base en las ventajas comparativas de los sectores públicos y privados.
- Celebrar alianzas estratégicas con fabricantes de anticonceptivos y preservativos que conducirá a una segmentación del mercado más racional, es decir, proporcionará productos subsidiados o gratuitos en zonas rurales y principalmente productos comerciales en zonas urbanas.
- Hacer que PROSALUD comience a comprar Depo-Provera® en 2004. Aumentar las cantidades que se compren en los siguientes años de acuerdo con la reducción de las donaciones provenientes de USAID. Esto permitirá que PROSALUD celebre los acuerdos necesarios con el fabricante/distribuidor y ajuste sus precios de venta a lo largo del tiempo de acuerdo con los costos reales.
- Hacer que en el año 2005 PROSALUD y las ONG comiencen a comprar otros anticonceptivos y preservativos, mediante una compra gradual.

- Trabajar estrechamente con la CNS y garantizar la prestación de servicios de PF a través del sistema de seguridad social. Incluir a la CNS en el Comité de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos.

Estrategia 5.

Garantizar la disponibilidad de anticonceptivos en las cantidades necesarias de manera ininterrumpida en todos los establecimientos de salud. Manejar los anticonceptivos en forma efectiva según el recientemente integrado sistema de suministro, SNUS.

- Continuar introduciendo y fortaleciendo el SNUS en todos los niveles.
- Mejorar la capacidad de los DILOS y de los encargados de las redes a nivel municipal para la previsión de anticonceptivos y otros medicamentos a través de una capacitación especial y de actividades para desarrollar las capacidades.
- Garantizar que todos los registros, formularios de informes y herramientas de control de inventario estén disponibles en los establecimientos de salud y en los depósitos médicos y que el personal haya recibido la capacitación para utilizarlos.
- Proporcionar capacitación continua sobre SIAL para contrarrestar los efectos de la frecuente rotación del personal y mejorar la calidad de la información logística de todos los productos.
- Mejorar la distribución de anticonceptivos y de otros medicamentos e insumos donados alentando a que los gobiernos municipales incluyan los fondos para el transporte en sus presupuestos o proporcionar transporte para movilizar estos productos desde las tiendas regionales del CEASS a los establecimientos de salud.
- Aumentar la frecuencia y mejorar la calidad de la supervisión asignando funcionarios de logística a nivel regional (en el SEDES).
- Definir claramente las responsabilidades de las municipalidades y de los establecimientos de salud relativas a la gestión logística de la información y de la distribución de medicamentos e insumos. Recalcar a las personas de contacto tanto a nivel local como nacional que sus responsabilidades consisten en manejar insumos y proporcionar la información que es vital para la proyección y adquisición de anticonceptivos y otros medicamentos.
- Motivar a las autoridades de todos los niveles del sistema de salud a que tomen medidas concretas para resolver los problemas con el suministro de anticonceptivos y de otros medicamentos e insumos médicos cuando se produzcan dichos problemas.

Estrategia 6.

Reducir la gran cantidad de necesidades no cubiertas respecto a la planificación familiar y aumentar el uso de los métodos anticonceptivos modernos entre los individuos a los que actualmente no les llega información, atención médica y los anticonceptivos.

- Aprobar, operacionalizar e implementar el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, cuyo objetivo es alcanzar a aquellos, quienes por razones geográficas, culturales o idiomáticas, se encuentran relegados.
- Garantizar que la labor que cuenta con el apoyo del Banco Mundial amplíe la prestación de atención médica primaria en comunidades rurales (por ejemplo, a través de brigadas móviles y contratando trabajadores de salud adicionales) incluye indicadores de PF explícitos y objetivos de desempeño.
- Apoyar la labor de las municipalidades y las ONG para ampliar su trabajo relacionado con la SR en comunidades rurales, en el altiplano, entre los pobres y con los jóvenes en zonas urbanas y rurales.

Estrategia 7.

Mejorar la coordinación de tal manera que las autoridades gubernamentales, los representantes del sector privado y los donantes internacionales trabajen de manera conjunta para satisfacer las necesidades de anticonceptivos del país a la luz de la reducción de las contribuciones de los donantes.

- Continuar trabajando a través del Comité de DAIA para apoyar al MSD.
- Ampliar el trabajo del Comité con el apoyo de las donaciones de agencias internacionales y de las ONG para incluir la concientización y fortalecimiento de los gobiernos municipales.
- Continuar el liderazgo del Comité de DAIA del MSD y su coordinación con los muchos grupos interesados en participar en la salud sexual y reproductiva.

