



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

GUATEMALA

DIAGNÓSTICO DE LA DISPONIBILIDAD ASEGURADA DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS EN GUATEMALA

FORTALEZAS Y RETOS DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social

ABRIL 2006

Esta publicación fue desarrollada para consideración de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue preparada por el Proyecto DELIVER.



DELIVER
Sin Insumos, No hay Programa. Logística en Salud

DIAGNÓSTICO DE LA DISPONIBILIDAD ASEGURADA DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS EN GUATEMALA

**FORTALEZAS Y RETOS DE LOS SERVICIOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GUATEMALA**

DELIVER

DELIVER es un proyecto de seis años, que brinda asistencia técnica en logística a nivel internacional. Está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

El proyecto está implementado por John Snow, Inc. (JSI), (contrato No. HRN-C-00-00-00010-00) y como subcontratistas están el Grupo Manoff, el Programa de Tecnología Apropriada para la Salud (PATH) y Crown Agents Consultancy, Inc. DELIVER fortalece las cadenas de suministro de los programas de salud y planificación familiar en los países en desarrollo, asegurando la disponibilidad de productos críticos para la salud de los clientes. DELIVER también proporciona apoyo técnico a la Oficina Central de la USAID para la Administración de Adquisiciones y el análisis del sistema central administrativo de registros de la USAID.

Cita sugerida

Abramson, Wendy, Anabella Sánchez, y Nadia Olson. 2006. *Diagnóstico de la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos en Guatemala: Fortalezas y Retos de los Servicios de Planificación Familiar en Guatemala*. Guatemala: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

DELIVER

John Snow, Inc.
1616 North Fort Myer Drive, 11th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Phone: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480
Email: deliver_project@jsi.com
Internet: deliver.jsi.com

CONTENIDO

CONTENIDO	5
ABREVIATURAS Y SIGLAS	7
AGRADECIMIENTOS	11
RESUMEN EJECUTIVO	13
INTRODUCCIÓN	19
OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	21
Objetivos	21
Metodología.....	21
ANTECEDENTES	25
Panorama general.....	25
Contexto demográfico, económico y de salud.....	25
POLÍTICAS, LIDERAZGO Y COMPROMISO.....	29
Contexto político nacional en años pasados (1986 - 2003)	29
Contexto político nacional en años recientes (2004 - 2006).....	30
ACTORES	33
MSPAS (incluye las ONG del programa de extensión de cobertura).....	34
Asociación Profamilia (APROFAM-ONG).....	35
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).....	36
Farmacias, clínicas, médicos	37
Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO)	37
Otras ONG y actores.....	38
HALLAZGOS.....	39
Demanda y uso de servicios.....	39
Segmentación del mercado	50
LOGÍSTICA	57
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).....	57
Sistema logístico de las ONG contratadas por el MSPAS.....	61
Estimación de necesidades.....	62
Adquisiciones	63
Indicadores de logística (de los 23 establecimientos visitados durante el estudio)	65
Sistema automatizado de información logística “Módulo de Logística” - MSPAS	69
La unidad de logística de medicamentos y productos afines – MSPAS.....	71
Desempeño del sistema de administración logística del MSPAS en años anteriores (1998 - 2005).....	72
Sistema logístico de APROFAM-ONG.....	73
Sistema logístico del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	73
FINANCIAMIENTO.....	77
Fuentes de financiamiento	77
Precios de anticonceptivos.....	80
Estimaciones financieras 2006 - 2010	81
CONCLUSIONES	87
Cliente: uso y demanda de anticonceptivos	87
Compromiso y liderazgo político	88

Coordinación.....	88
Capacidad organizacional.....	89
Capital: financiamiento y adquisición	91
RECOMENDACIONES.....	93
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (incluye las ONG del PEC).....	93
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	96
APROFAM-ONG	96
BIBLIOGRAFÍA	98
ANEXO 1	101
Listado de personas entrevistadas.....	101
ANEXO 2	103
Listado de servicios visitados en el MSPAS.....	103
ANEXO 3	104
Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva:.....	104
ANEXO 4	109
Acuerdo Gubernativo # 1165: Inclusion de los Servicios de Salud Reproductiva en las Prestaciones por Maternidad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	109
ANEXO 5	110
Principales proveedores de servicios de salud reproductiva y planificación familiar en Guatemala	110
ANEXO 6	111
Organigrama del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	111
ANEXO 7	112
Grupo técnico interagencial en IEC.....	112
ANEXO 8	113
Estructura organizacional del Programa de Extensión de Cobertura.....	113
ANEXO 9	114
Supuestos usados en la herramienta Spectrum	114
ANEXO 10	115
Formulario Balance Requisición y Envío de Suministros (BRES).....	115
ANEXO 11	116
Ayuda visual para el llenado y consolidación de información en el Balance, Requisición y Envío de Suministros	116
ANEXO 12:	117
Porcentajes de incremento para la estimación de requerimientos anticonceptivos.....	117

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ACDI	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
AGOG	Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala
AIPEI/AINM-C	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia/Atención Integral a la Niñez y la Mujer en la Comunidad
APROFAM-ONG	Asociación Profamilia-ONG
APP	Años Protección Pareja
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
ASOREDES	Asociación de Redes de ONGs
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
BRES	Balance, Requisición y Envío de Suministros
CDC	Centers for Disease Control
CAIMI	Centro de Atención Integrada Materno Infantil
CPM	Consumo Promedio Mensual
CONAPO	Comisión Nacional de Población
CONJUVE	Consejo Nacional de la Juventud
CS	Centro de Salud
DAS	Dirección de Área de Salud
DAIA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DELIVER	Proyecto global de USAID para el mejoramiento de la disponibilidad de insumos de salud, incluyendo anticonceptivos; es manejado por John Snow, Inc.
DFID	Department for International Development of the United Kingdom
DIU	Dispositivo intra-uterino
DRVCS	Departamento de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud del MSPAS
DSP	Desarrollo Social y Población
EBS	Equipo Básico de Salud
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
FC	Facilitador comunitario
FI	Facilitador institucional
FPLM	<i>Family Planning Logistics Management project</i>
IEC	Información, educación y comunicación

IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IPPF	International Planned Parenthood Federation
I PROFASA	Importadora de Productos Farmacéuticos, S.A.
ITS	Infecciones de transmisión sexual
JSI	John Snow, Inc.
LAC	Latinoamérica y El Caribe
LBM	Listado Básico de Medicamentos
LDS	Ley de Desarrollo Social
MA	Médico ambulatorio
MED	Meses de existencia disponible
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MELA	Método de la lactancia-amenorrea
MINFIN	Ministerio de Finanzas Públicas
MINEDUC	Ministerio de Educación
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MUEF	Mujeres Unidas en Edad Fértil
NV	Nacidos vivos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAHO	<i>Pan-American Health Organization</i> (Organización Panamericana de la Salud)
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
PDSP	Política de Desarrollo Social y Población
PEA	Población Económicamente Activa
PEC	Programa de Extensión de Cobertura del MSPAS
PEPE	Primero en expirar, primero en entregar
PES	Punto de entrega de servicio
PF	Planificación familiar
PIB	Producto Interno Bruto per Capita
PipeLine	Herramienta diseñada por JSI/DELIVER para la planeación y el monitoreo de adquisiciones
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PS	Puesto de Salud
PROAM	Programa de Accesibilidad de Medicamentos
RDDR	Registro Diario de Demanda Real

RMM	Razón de Mortalidad Materna
SAC	Sistema Automatizado de Clínicas
SEGEPLAN	Secretaría General de Planificación de la Presidencia
SEPREM	Secretaría Presidencial de la Mujer
SIAL	Sistema de información para la administración logística
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud del MSPAS
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIGSA	Sistema de Información Gerencial en Salud
SOSEP	Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
SPARHCS	<i>Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security</i>
SR	Salud Reproductiva
TB	Tuberculosis
TGF	Tasa Global de Fecundidad
TPA	Tasa de Prevalencia de Anticonceptivos
UAT	Unidad de Asistencia Técnica
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UPS1	Unidad Prestadora de Servicios en el nivel 1
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
URC	University Research Corporation
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

AGRADECIMIENTOS

El equipo de DELIVER agradece a todas las personas que dedicaron su tiempo y aportaron valiosa información para este diagnóstico. En especial al Dr. Jaime Gómez, Vice Ministro de Salud, al Dr. Alejandro Silva, Coordinador del Programa Nacional de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), y a la Licda. Julieta Flores, Coordinadora de la Unidad de Logística; la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el Proyecto USAID/Calidad en Salud II de University Research Corporation (URC). Las siguientes instituciones también brindaron valiosa información: el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Secretaría General de Planificación de la Presidencia (SEGEPLAN), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el Congreso de la República, APROFAM-ONG, la Instancia Coordinadora de Acciones Políticas por la Salud y Desarrollo de las Mujeres (Instancia Salud/Mujer), Schering y la Importadora de Productos Farmacéuticos (IPROFASA).

Al mismo tiempo se agradece a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en Guatemala, en particular a la Dra. Julia Richards, Jefe de la Oficina de Salud y Educación, al Dr. Baudilio López y al Dr. Sergio Penagos, Oficiales de Proyecto de Salud, por su valioso apoyo durante cada etapa del estudio, así como a la Señora Lindsay Stewart de la Oficina Global de Salud para América Latina y el Caribe de USAID en Washington, que hizo posible el financiamiento de este estudio.

RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio sobre la “Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos” (DAIA) en Guatemala, realizado por el proyecto DELIVER y financiado por la USAID/Oficina Global de Salud para Latinoamérica y El Caribe (LAC), se enmarca en la iniciativa regional para documentar la forma en que los países latinoamericanos están afrontando el reto de la sostenibilidad en la provisión de anticonceptivos. Durante los últimos seis años el apoyo de los donantes internacionales para Latinoamérica está declinando. Al mismo tiempo, la demanda de anticonceptivos continúa creciendo en la medida en que la población joven de la región está entrando en su etapa reproductiva, y los países enfrentan retos para lograr un acceso equitativo y universal a los servicios de planificación familiar. Mientras que estudios en diversos países demuestran que el acceso a la información sobre planificación familiar ha aumentado, al mismo tiempo se mantienen o aumentan las brechas en el acceso entre las áreas urbanas y rurales. A esto se agrega la creciente necesidad insatisfecha, particularmente entre las poblaciones más pobres y postergadas de los países.

El estudio se realizó durante los meses de enero y marzo de 2006. Se revisó una extensa lista de literatura, estudios, leyes y otras referencias bibliográficas. El análisis de uso y demanda de anticonceptivos se basó principalmente en las Encuestas de Salud Materno Infantil más recientes (2002, 1999 y 1995), así como en información de producción de servicios de los prestadores de servicios de planificación familiar durante 1992 a 2005. Se entrevistó a personal de las instituciones de los sectores público y privado, y se realizaron visitas a los departamentos, con el fin de conocer la disponibilidad de anticonceptivos en los puntos de entrega de servicios (PES).

El balance del diagnóstico de Guatemala es sumamente positivo, ya que el país ha logrado avances sin precedentes, especialmente desde el año 2001 a la fecha. En particular, destacan un conjunto de esfuerzos, que combinados, han permitido que el país aumente el uso de anticonceptivos, reduzca la tasa global de fecundidad y asegure el financiamiento de los anticonceptivos de los principales proveedores de servicios de planificación familiar e insumos anticonceptivos. Sobresalen el liderazgo y el compromiso político de los líderes y lideresas, tanto en el poder Ejecutivo como el Legislativo; lo cual se ha traducido en la aprobación de leyes que han fortalecido el marco legal de los programas de planificación familiar, así como en planes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que han contribuido a mejorar el acceso a estos servicios. También se distinguen la defensa pública y el diálogo político de los movimientos de mujeres que defienden el derecho al acceso universal y con equidad a los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar y la disponibilidad de anticonceptivos. Asimismo, los procesos de adquisición de APROFAM-ONG e IPROFASA han permitido mantener precios accesibles a ciertos estratos de la población. Por otro lado, destaca la eficiencia del sistema logístico de APROFAM-ONG y la consolidación e institucionalización del sistema logístico de anticonceptivos del Ministerio de Salud.

En contraste con los éxitos alcanzados, Guatemala también enfrenta grandes desafíos. Entre los más importantes están: a) brindar atención a la población, incluidos los adolescentes y adultos jóvenes que demandan servicios, pero que debido a diversas barreras médicas, institucionales, geográficas, sociales, económicas y culturales, todavía no tienen acceso a servicios de planificación familiar de calidad; b) cumplir con el mandato de la Ley del Impuesto a Bebidas Alcohólicas para financiar el Programa Nacional de Salud Reproductiva, incluido el financiamiento sostenible de los anticonceptivos en el futuro; c) lograr la cobertura universal de los servicios de planificación familiar, con un enfoque de equidad, focalizando esfuerzos y recursos en los segmentos de la población con mayor necesidad insatisfecha y menos acceso a servicios de planificación familiar; d) en el marco de la reforma del sector salud, integrar

las funciones del sistema logístico de anticonceptivos y medicamentos esenciales, sin perder la eficiencia actual del sistema logístico de anticonceptivos; y e) consolidar e institucionalizar la capacidad del Ministerio de Salud para estimar necesidades y comprar anticonceptivos al menor costo posible y de buena calidad.

A continuación se presenta una síntesis de los elementos de la DAIA analizados en el presente diagnóstico:

La demanda y el uso de anticonceptivos han crecido en los últimos quince años, especialmente durante el período de 1995 a 2002. Las Encuestas de Salud Materno Infantil de 1999 a 2002 indican que, en menos de tres años, Guatemala redujo la TGF de 5 a 4.4 hijos por mujer, y aumentó la TPA en 5 puntos porcentuales (de 38% a 43%). También disminuyó la brecha en el uso de anticonceptivos entre mujeres indígenas y no indígenas en ocho puntos porcentuales, en solamente tres años. En los años que no ha habido encuesta (2003 a 2005) se observó que la oferta de servicios de planificación familiar del Ministerio de Salud, medidos por el total de años de protección anticonceptiva, aumentó de 266,256 años de protección a las parejas, a un total de 358,186 años de protección. En el mismo período, el IGSS disminuyó en forma significativa la oferta de sus servicios. El análisis del uso y demanda del presente estudio se podrá actualizar cuando se tengan disponibles datos de la próxima Encuesta de Salud Materno Infantil, que se planea realizar en 2007.

No obstante los avances de la última década (1995 a 2005), Guatemala sigue siendo el país de Latinoamérica con la tasa de prevalencia de anticonceptivos más baja después de Haití (22%). Uno de los hallazgos identificados durante el estudio, es el gran reto de reducir la necesidad insatisfecha (27%), la cual es mayor en la población más pobre (23%) que en la población con más recursos (1%). También se observa que la necesidad insatisfecha del 23% es superior al uso de anticonceptivos modernos (16%) en la población más pobre, donde se mezclan diversas barreras de acceso, tanto de la oferta (precios, capacitación del proveedor, falta de variedad de métodos ofertados, falta de acceso a servicios), como otras propias de la demanda (desconocimiento, temores y falta de recursos). Lo anterior evidencia las disparidades que aún existen en el acceso, y los desafíos para garantizar el acceso a los grupos más vulnerables, como lo son las mujeres indígenas en condiciones de pobreza, sin educación y viviendo en el área rural o en áreas urbano-marginales. Otro reto consiste en prestar atención especial al grupo de mujeres unidas en edad fértil comprendidas entre los 15 y 19 años, quienes reportan un uso bajo de anticonceptivos (18%) y una demanda insatisfecha de 27%.

El liderazgo y compromiso político es uno de los eslabones fundamentales para avanzar en el proceso de la DAIA. Durante el estudio se observó un fuerte compromiso del Organismo Legislativo en el fortalecimiento del marco legal para garantizar el acceso libre e informado por parte de la población a los métodos anticonceptivos, tanto modernos como tradicionales. Resaltan en particular tres leyes, cuya aprobación ha permitido sentar bases sólidas para el futuro de los servicios de planificación familiar en Guatemala: la Ley de Desarrollo Social, la Ley del Impuesto a Bebidas Alcohólicas y la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar. Ésta última menciona entre otros mandatos, la obligación del Gobierno de garantizar el financiamiento para la compra de anticonceptivos y la obligación del Ministerio de Educación de incluir en la currícula educativa contenidos sobre los derechos y responsabilidades para la promoción y autocuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbilidad materno infantil.

En años recientes, resalta la decisión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de incorporar los servicios de planificación familiar en el paquete básico de servicios brindados por las ONG del Programa de Extensión de Cobertura (PEC), la cual está apoyada con un fuerte liderazgo y compromiso para mejorar el acceso a estos servicios en las áreas más alejadas del país. Esta estrategia tiene un potencial importante para disminuir la demanda insatisfecha.

Al analizar la segmentación del mercado en base a las encuestas ENSMI de 1995, 1999 y 2002, se observó que en 2002, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social aumentó la cobertura del mercado total de anticonceptivos, convirtiéndose en el proveedor principal y cubriendo el 32% de las mujeres en edad fértil. En el mismo año, APROFAM-ONG disminuyó su cobertura de 41% en 1995 a 29% en 2002, mientras que las farmacias se mantuvieron relativamente a igual nivel, atendiendo al 11% de las mujeres en edad fértil. Éstas continúan siendo las proveedoras principales de condones (75%). El sector privado en conjunto, contribuye con el 25% de la demanda de usuarios(as) de métodos modernos.

La aplicación del análisis por quintiles socioeconómicos permitió confirmar que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social atiende a todos los segmentos, cubriendo el 70% de la población en el estrato socioeconómico más pobre y el 22% del estrato medio alto. A pesar de que la oferta disminuye conforme los estratos incrementan su poder adquisitivo, el Ministerio de Salud atiende a una porción significativa de los estratos medio y alto. Esto evidencia que algunos segmentos de la población que obtienen los anticonceptivos en forma gratuita del Ministerio de Salud, podrían adquirir los métodos anticonceptivos de otros proveedores. APROFAM-ONG también atiende a todos los estratos socioeconómicos, en particular el estrato medio y medio alto (entre 38% y 32% respectivamente). El IGSS atiende una mínima parte en todos los estratos socioeconómicos, con énfasis en los estratos medio y medio alto (14% y 16% respectivamente).

Independientemente del liderazgo y compromiso político, sin una cadena de suministros eficiente, no se podría garantizar la disponibilidad de los anticonceptivos. La administración logística de anticonceptivos también ha evolucionado positivamente en los últimos diez años, lo cual se mide principalmente por el porcentaje de establecimientos que tienen disponibles los anticonceptivos donde las usuarias los necesitan. En años recientes, el Ministerio de Salud ha mostrado un liderazgo y compromiso excepcional para asegurar el abastecimiento, habiendo mejorado la disponibilidad de anticonceptivos en forma sustancial de un 53% en 2001 a 88% en 2005, según los reportes de dos inventarios anuales realizados por el Programa Nacional de Salud Reproductiva.

El compromiso y la perseverancia del personal responsable de la administración logística y del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) son un modelo a seguir, pues han contribuido a mejorar en forma significativa la disponibilidad de anticonceptivos. Desde 1998 a la fecha, con el apoyo de la USAID y el UNFPA, el Ministerio de Salud ha conducido procesos para capacitar en logística a nivel nacional, desarrollar y disseminar manuales y guías de logística, así como realizar dos inventarios de anticonceptivos anuales. Destaca además la automatización del Sistema de Administración Logística, llamado “Módulo de Logística”, que ha sido implementado con el liderazgo del Ministerio de Salud. A partir de los años 2005 y 2006, el equipo del MSPAS ha probado y validado una versión mejorada del módulo, la que esperan tener funcionando en todas las DAS. Asimismo, a partir de 2004, el MSPAS ha demostrado su determinación en institucionalizar la administración logística, de tal manera que se dependa cada vez menos del apoyo externo. Una de las medidas tomadas a principios de la actual administración fue contratar, con recursos regulares, a la persona responsable de la logística de anticonceptivos.

Los retos principales para consolidar el sistema logístico son: a) mejorar el equilibrio de las existencias, de tal forma que se evite el desperdicio o sobreabastecimiento, y/o el desabastecimiento; b) fortalecer la capacidad del personal local para analizar y monitorear sus existencias; c) fortalecer la supervisión facilitante de la cadena de suministros hasta los puntos de entrega de servicios; y d) enfrentar los retos de institucionalizar a nivel nacional el uso del Módulo de Logística.

Durante el presente estudio, el PNSR informó acerca de la decisión del Ministerio de Salud de crear una “Unidad de Logística” que integrará la gestión de todos los medicamentos, tanto los que se compran en forma descentralizada, como los medicamentos manejados por los programas verticales de inmunizaciones, tuberculosis y malaria, salud reproductiva y prevención del VIH/SIDA. Esta iniciativa surge a partir de la experiencia exitosa de la logística de anticonceptivos y es un paso más hacia la

institucionalización de la administración logística del Ministerio de Salud. Como parte de esta iniciativa, el PNSR planea mantener las funciones que actualmente operan verticales para el sistema logístico de anticonceptivos, como lo son la adquisición y el financiamiento. Con la puesta en marcha de la Unidad de Logística se vislumbran una serie de desafíos, en aspectos como: la determinación de las funciones que se mantendrán centralizadas y las funciones que será eficiente integrar; el abastecimiento oportuno de medicamentos trazadores, la información, su uso y análisis, y el monitoreo y supervisión con enfoque integral y descentralizado.

En contraste, el sistema logístico de las ONG contratadas por el Ministerio de Salud presenta dificultades para garantizar la disponibilidad de los anticonceptivos y contribuir a disminuir la demanda insatisfecha. En las visitas de campo a tres ONG y tres centros de convergencia, se observó que la información no fluye de manera oportuna a la Unidad Prestadora de Servicios de Salud 1 (UPS1) y por consiguiente, es difícil mantener actualizada la información de consumo y existencias en la herramienta PipeLine, la cual sirve de apoyo para monitorear la cadena de suministros. Por otro lado, se observó que existen obstáculos en los procedimientos de reabastecimiento, en especial de índole presupuestario, debido a que los recursos asignados para el pago del transporte que subcontrata APROFAM-ONG, no siempre son suficientes para realizar varios pedidos al año.

En el sector privado, el sistema logístico de APROFAM-ONG es otro modelo a seguir. Una de las innovaciones más sobresalientes en el año 2001 fue la implementación de un sistema automatizado de control de inventarios para el programa de desarrollo rural, el cual opera usando computadoras portátiles “palm pilots” donde los educadores registran las ventas de los promotores voluntarios, y luego envían la información vía internet al nivel central, donde se descarga la información que alimenta el sistema de control financiero y de inventarios de APROFAM-ONG.

Los procesos oportunos del financiamiento y la adquisición de anticonceptivos son fundamentales para garantizar la disponibilidad de anticonceptivos, al menor costo posible y de buena calidad. La mayoría de los proveedores de servicios e insumos de planificación familiar financian el 100% de los anticonceptivos con recursos propios. IPROFASA, una empresa comercializadora de productos farmacéuticos, que durante veinte años recibió apoyo técnico y financiero de la USAID, compra todos los anticonceptivos con recursos propios. APROFAM-ONG, a partir de 2005, garantiza el financiamiento para la compra de todos los anticonceptivos. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que en 2002 inició aportes a la compra, planea comprar el 100% de sus requerimientos a partir de 2006. El Ministerio de Salud, por su parte, también logró un importante avance al haber aportado recursos propios para la compra de anticonceptivos desde 2002 a la fecha, y a partir de 2008 planea comprar el 100% de los anticonceptivos con recursos del Gobierno. En la sección de financiamiento se presenta la estimación de las necesidades de anticonceptivos durante el período de 2006 a 2010 para el Ministerio de Salud, las ONG del Programa de Extensión de Cobertura, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y APROFAM-ONG, el cual ascenderá a un total de US\$20.4 millones, a un promedio anual de US\$4 millones, del cual el 50% aproximadamente corresponde al Ministerio de Salud. Esta cifra no incluye los requerimientos para disminuir la demanda insatisfecha.

Otro logro que sobresale en relación al financiamiento, fue la aprobación de la “Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas y otras Bebidas Fermentadas”, que obliga al Estado a asignar por lo menos el 15% de la recaudación para programas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y alcoholismo. Como consecuencia de esta ley, por primera vez en 2006, aparece en el presupuesto del Ministerio de Salud una partida presupuestaria para el PNSR. El Ministerio de Salud tiene el reto de asegurar aún más el financiamiento, mediante la creación de un rubro específico para anticonceptivos en el presupuesto del Estado, y definir el mecanismo de adquisición que adoptará después de que terminen las donaciones de la USAID, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) y el Gobierno de Holanda.

Todos los resultados del diagnóstico reflejan que durante los últimos diez años (1995 a 2005), Guatemala ha desarrollado bases sólidas para avanzar hacia la disponibilidad asegurada de anticonceptivos. El futuro dependerá de la capacidad y el compromiso de los diferentes actores para atender, de una manera coordinada, a las poblaciones más alejadas del país que no tienen acceso y mantener los logros alcanzados.

INTRODUCCIÓN

En la región de Latinoamérica y el Caribe, la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) se ha convertido en un tema cada vez más importante. A pesar de que la USAID y 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. Los países también enfrentan retos para lograr un acceso equitativo y universal a los servicios de planificación familiar. Esto se observa en diversos estudios que demuestran que el acceso a la información sobre planificación familiar ha aumentado, pero al mismo tiempo se mantienen o aumentan las brechas en el acceso entre las áreas urbanas y rurales. A esto se suma la creciente necesidad insatisfecha, particularmente entre las poblaciones más pobres y postergadas de los países.

“La disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos (DAIA) se logra cuando las personas tienen la capacidad de escoger, obtener y utilizar anticonceptivos cuando los necesitan.”

Ante estos desafíos, las oficinas centrales de la USAID y del UNFPA han trabajado conjuntamente con los gobiernos y las ONG para abordar los desafíos de responder a la creciente demanda de anticonceptivos. Para apoyar esta labor, la oficina de la USAID para Latinoamérica y el Caribe (LAC/RSD-PHN) ha realizado una serie de estudios en la región para conocer las fortalezas y los retos de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, que serían la base para decisiones políticas y programáticas a nivel regional y a nivel país. Este esfuerzo se inició en julio de 2003 durante una conferencia regional en Nicaragua, donde la mayoría de los países participantes formaron comités para abordar los diferentes elementos de la DAIA. Asimismo se realizó la segunda conferencia Regional en 2004, en Perú, donde los países analizaron y priorizaron los elementos de la DAIA, que luego fueron plasmados en un plan de acción.

Cada país de la región latinoamericana ha avanzado en diferentes formas para lograr la DAIA, y en el caso de Guatemala, el presente documento tiene el propósito de presentar las fortalezas y los desafíos del país en este tema.

Los principales proveedores de servicios de planificación familiar en Guatemala son el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), las ONG contratadas por el MSPAS para el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y la Asociación Profamilia-ONG (APROFAM-ONG). A partir de 2001, estos proveedores con el apoyo de los donantes, iniciaron un proceso de sostenibilidad y sustitución gradual de donaciones. En el sector privado lucrativo, destaca la participación de la Importadora de Productos Farmacéuticos, S.A. (IPROFASA) que distribuye a través de farmacias una amplia gama de anticonceptivos y otros insumos para la salud reproductiva.

Este diagnóstico es una contribución más para continuar avanzando en el proceso de la DAIA en Guatemala, y fortalecer el enfoque integrador para enfrentar, como país, los retos en el futuro. Aunque se abordó la mayoría de los elementos del marco conceptual de la DAIA, el análisis se focalizó en los siguientes aspectos: el liderazgo y compromiso político favorable a la planificación familiar y disponibilidad de anticonceptivos, la demanda y uso de los servicios de planificación familiar, los proveedores de servicios que atienden la demanda de la población, la segmentación del mercado, la administración logística y los procesos de adquisición vigentes, así como las fuentes de financiamiento.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

OBJETIVOS

El diagnóstico realizado en Guatemala fue diseñado para cumplir los siguientes objetivos:

- Documentar la situación de la DAIA en Guatemala;
- Incrementar la concientización entre las personas que toman decisiones acerca de la necesidad de implementar acciones coordinadas para superar los obstáculos y garantizar la DAIA;
- Sugerir intervenciones a corto y mediano plazo para fortalecer la DAIA en Guatemala.

METODOLOGÍA

El siguiente marco conceptual fue desarrollado por la USAID, el UNFPA y varios actores en el campo de la salud reproductiva, con el fin de visualizar la forma en que se integran y complementan los elementos que son esenciales para lograr la DAIA. En varios países y continentes, se ha utilizado el marco conceptual que se presenta en la GRÁFICA 1 para informar sobre el proceso de la DAIA, tomando en cuenta que el proceso es cíclico y que requiere de una combinación de factores: un ambiente político favorable, el compromiso político de los líderes en el sector salud, el capital financiero necesario, la capacidad organizacional para administrar los diferentes procesos de proyección de necesidades, y estimación de requerimientos, compra, distribución, monitoreo y evaluación de los insumos, así como la capacidad de diálogo e incidencia política. También aborda la importancia de la coordinación de todos los sectores en búsqueda de alianzas, con el fin de que todas las personas puedan obtener, escoger y usar anticonceptivos de calidad siempre que los quieran utilizar.

GRÁFICA 1 Marco de la Disponibilidad Asegurada de Insumos de Salud Reproductiva



Fuente: SPARHCS: Vía estratégica a la disponibilidad asegurada de insumos de salud reproductiva: Una herramienta para el diagnóstico, planeación e implementación, 2004.

Para el estudio en Guatemala, se tomó el marco conceptual anterior, y se focalizó en los siguientes aspectos: liderazgo y compromiso político favorable a la planificación familiar y disponibilidad de anticonceptivos, la demanda y uso de los servicios de planificación familiar, los proveedores de servicios que atienden la demanda de la población, la segmentación del mercado, la administración logística, los procesos de adquisición vigentes y las fuentes de financiamiento de anticonceptivos.

ACTIVIDADES DEL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico fue llevado a cabo en Guatemala durante los meses de enero a abril de 2006. Las actividades específicas incluyeron:

- **Revisión de literatura:** se revisaron documentos de país disponibles sobre cada uno de los temas de la DAIA, los cuales se enumeran en la Bibliografía. El análisis del uso y demanda de anticonceptivos se basó en las ENSMI de 1995, 1999 y 2002. Durante el período 2003 a 2005, se analizó la información del consumo de anticonceptivos de los proveedores (MSPAS, las ONG del PEC, IGSS, IPROFASA y APROFAM-ONG). Tan pronto como el país cuente con una encuesta de salud más reciente, el análisis aquí descrito se podrá actualizar y observar si el país continúa avanzando hacia una mejor disponibilidad de insumos anticonceptivos.
- **Coordinación con personal clave:** el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el equipo de estudio trabajaron juntos para seleccionar los departamentos a visitar y el personal a entrevistar, ayudaron a concretar dichas entrevistas y compartieron información actualizada para el estudio.
- **Entrevistas con personal clave:** el estudio incluyó entrevistas en la Ciudad de Guatemala con aproximadamente 30 representantes del Gobierno, agencias de cooperación, organizaciones no gubernamentales (ONG) y el sector comercial privado. El equipo se reunió con representantes de las organizaciones que aparecen en el **Anexo 1**, quienes brindaron valioso tiempo e información al estudio.
- **Visitas de campo para analizar el sistema logístico de anticonceptivos:** los miembros del equipo visitaron seis departamentos: El Progreso, Guatemala Sur (Amatitlán), Escuintla, Quetzaltenango, San Marcos y Retalhuleu. Se recolectaron datos logísticos en 23 establecimientos del MSPAS, que fueron seleccionados en base a un listado de Direcciones de Área de Salud (DAS) proporcionado por el MSPAS. Se visitaron servicios en los tres niveles de atención, incluyendo seis áreas de salud, dos hospitales, dos distritos municipales de salud, tres centros de salud, tres puestos de salud, tres ONG, tres centros de convergencia y la Bodega Central en la Ciudad de Guatemala. Los criterios para seleccionar las Áreas de Salud del MSPAS, se basaron en una muestra de conveniencia, según el listado de Áreas de Salud del PNSR, clasificadas según su desempeño en el abastecimiento de anticonceptivos. Este listado se encuentra en el **Anexo 2**.

Además, se entrevistó personal en tres clínicas de APROFAM-ONG en Quetzaltenango, San Marcos y Retalhuleu y dos hospitales del IGSS en la ciudad capital.

- **Análisis de datos de los establecimientos de salud:** durante dos semanas, el equipo condujo un análisis de indicadores de logística en los 23 establecimientos de salud. Estas visitas sirvieron para analizar el funcionamiento del sistema logístico, por lo que no es una muestra estadísticamente representativa.
- **Actualización de proyecciones demográficas y estimación de necesidades con datos de consumo de insumos de planificación familiar y financieros hasta 2012:** mediante el uso del Sistema de Modelos Spectrum, se realizaron proyecciones de anticonceptivos para una mezcla determinada de

anticonceptivos. En base a la información de la herramienta PipeLine¹ se estimaron los requerimientos financieros de los principales proveedores de salud: el MSPAS, las ONG del Programa de Extensión de Cobertura, el IGSS y APROFAM-ONG para el período 2006 a 2010.

EQUIPO DE ESTUDIO

El equipo evaluador incluyó a tres consultores externos: Wendy Abramson, Nadia Olson y Anabella Sánchez (DELIVER) y a las contrapartes del MSPAS, el Dr. Alejandro Silva, Director del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), la Licda. Julieta Flores, Coordinadora de la Unidad de Logística y la Licda. Delmy Pajares, Consultora de UNFPA, quien acompañó al equipo en las visitas a los departamentos.

¹ PipeLine, Herramienta para la Planificación y el Monitoreo de las Adquisiciones de Suministros

ANTECEDENTES

PANORAMA GENERAL

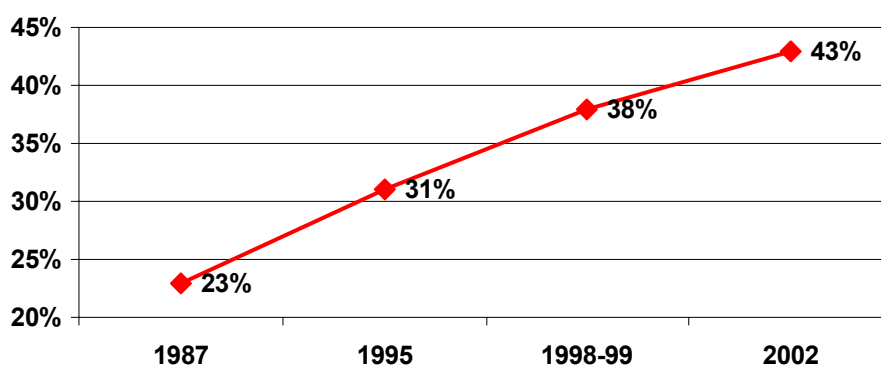
Guatemala, con una extensión territorial de 108,889 kilómetros cuadrados, está dividida política y administrativamente en 331 municipios, distribuidos en 22 departamentos. Para el año 2002, el total de la población se determinó en 11,237,196 habitantes.² La población es predominantemente joven, siendo el 62% menor de 25 años, y de las mujeres en edad fértil, el 43% son adolescentes y jóvenes (entre 15 y 24 años de edad). El 46 por ciento vive en el área urbana y el 54 por ciento en el área rural. Más del 37% de la población vive en situación de pobreza, y 16% vive en extrema pobreza. Aproximadamente el 43 por ciento de la población es indígena y se distribuye en más de 21 grupos lingüísticos, siendo los grupos mayoritarios el K'iché' (29 por ciento), Kaqchikel (25 por ciento) y Q'eqchí' (14 por ciento). Esta característica define a la sociedad guatemalteca como pluricultural y multilingüe, y refleja el gran reto de atender las necesidades de salud de toda la población guatemalteca.

CONTEXTO DEMOGRÁFICO, ECONÓMICO Y DE SALUD

Para establecer el contexto en el que Guatemala debe asumir el reto de la DAIA, se presenta aquí información estadística sobre la situación demográfica, económica y de salud del país, así como el progreso alcanzado en el campo de la planificación familiar.

En la GRÁFICA 2, se muestra el avance importante que Guatemala ha logrado en los últimos 15 años. En 2002³ el 43% de las mujeres unidas estaban usando métodos anticonceptivos (cualquier método), un poco menos que el doble registrado hace 15 años (23%) en 1987, 12 puntos porcentuales más que hace 7 años (31%) en 1995; y 5 puntos porcentuales más que en 1998-99 (38%).

GRÁFICA 2 Tasa de prevalencia anticonceptiva (%) entre las MUEF (cualquier método)



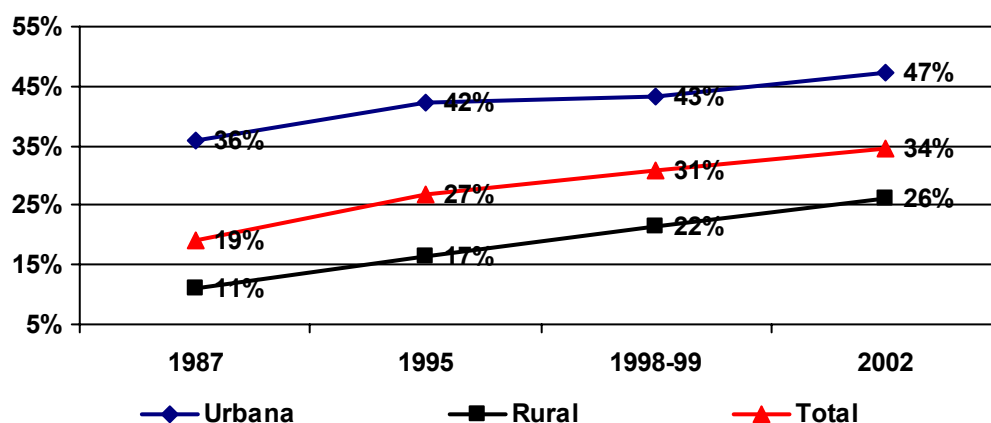
Fuente: ENSMI 2002

² XI Censo de Población 2002. INE.

³ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2002, Página 83, Cuadro 5.5

Además, según la Gráfica 3, el 34% de las mujeres unidas estaban usando métodos anticonceptivos modernos en 2002, 7 puntos porcentuales más que hace 7 años y un poco más que el doble registrado hace 15 años (19% en 1987 a 27% en 1995 y 31% en 1999 a 34% en 2002).

GRÁFICA 3 Tasa de prevalencia de anticonceptivos (%) entre las MUEF por lugar de residencia (métodos modernos)



Fuente: ENSMI 2002

La Gráfica 3 también muestra que la brecha en el uso de anticonceptivos entre el área urbana y rural disminuyó de 25 puntos porcentuales en 1987 a 21 puntos porcentuales en 2002. Por otro lado, es importante destacar que la brecha entre las zonas rurales y urbanas en la Tasa de Prevalencia de Anticonceptivos (TPA), métodos modernos, bajó de 1999 a 2002 de 24 a 21 puntos porcentuales.

Los datos relevantes sobre demografía y desarrollo se muestran en la siguiente tabla:

TABLA 1: Indicadores de salud y desarrollo

Indicadores demográficos y de planificación familiar			
Población total	2002	11,237,196 millones	Censo 2002
Población (hombres)	2002	5,496,839 millones	Censo 2002
Población (mujeres)	2002	5,740,357 millones	Censo 2002
Mujeres en edad fértil (MEF)	2002	3.1 millones	ENSMI 2002
Porcentaje de población urbana	2002	46.1%	Censo 2002
Esperanza de vida al nacer (hombres)	2002	64 años	http://www.who.int/countries/gtm/es/
Esperanza de vida al nacer (mujeres)	2002	69 años	http://www.who.int/countries/gtm/es/
Tasa Global de Fecundidad (TGF)	2002	4.4 niños por mujer	ENSMI 2002
Tasa Global de Fecundidad deseada	2002	3.4 niños por mujer (todas las mujeres)	ENSMI 2002
Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (TPA) (cualquier método)	2002	43.3% mujeres en unión	ENSMI 2002
Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (TPA) (método moderno)	2002	34.4% mujeres en unión	ENSMI 2002

Indicadores económicos			
Producto Interno Bruto per capita (PIB)	2002	US\$ 4,145	http://www.who.int/countries/gtm/es/
Gastos en salud como % del PIB	2002	4.8%	http://www.who.int/countries/gtm/es/
% Bajo nivel de pobreza	2000	16%	http://devdata.worldbank.org/wdi2005/index2.htm
% de Desempleo	1996	37%	PAHO
% de Inflación	2005	8.57%	Instituto Nacional de Estadística
Indicadores de salud y educación			
Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año)	2002	39 <i>Por mil nacidos vivos</i>	ENSMI 2002
Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años)	2002	53 <i>Por mil nacidos vivos</i>	ENSMI 2002
Tasa de desnutrición crónica (talla para la edad)	2002	49%	ENSMI 2002
Tasa de mortalidad materna (mujeres)	2000	153 <i>Por cien mil nacidos vivos</i>	MSPAS, Línea basal de mortalidad materna para el año 2000.
Tasa de alfabetismo	2002	62.5% mujeres 77.3% hombres	http://devdata.worldbank.org/wdi2005/index2.htm

POLÍTICAS, LIDERAZGO Y COMPROMISO

Como se ilustra en el marco conceptual de la DAIA, la disponibilidad asegurada no se puede lograr o sostener sin un entorno que la apoye, con un sólido liderazgo político y con la participación de la sociedad civil. Se requiere el compromiso gubernamental claramente articulado, respaldado por leyes y políticas claras, para posicionar la planificación familiar (PF) como una prioridad en la salud pública y asegurar que los anticonceptivos estén disponibles para todo aquel que desee utilizarlos. Los gobiernos no necesariamente deben proveer todos los insumos y servicios, pero cada gobierno debe asumir compromisos básicos y crear el marco legal y político necesario para garantizar la DAIA a la población. Si bien los líderes del sector público deben demostrar compromiso, también los líderes de opinión y las ONG que brindan servicios de PF pueden contribuir en forma proactiva a este objetivo.

Guatemala cuenta con un crecimiento de la prevalencia anticonceptiva (cualquier método) reportado entre 1999 (38%) y 2002 (43%). El crecimiento se debe en gran parte al apoyo e importancia que los últimos dos gobiernos le han dado a la planificación familiar y que llevó a la creación del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en enero de 2001.

CONTEXTO POLÍTICO NACIONAL EN AÑOS PASADOS (1986 - 2003)

El marco legal del país, favorable a la salud reproductiva y planificación familiar en Guatemala está contenido en la Constitución de la República, en vigencia el 14 de enero de 1986, el Código Nacional de Salud (Decreto 90-97), los Acuerdos para una Paz Firme y Duradera (1996), el Código Deontológico en Asamblea General del 17/7/98, la Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer (Decreto 7-99) y la Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001).

La “Ley de Desarrollo Social” (LDS) en su Artículo 26, inciso tres, obliga al Gobierno a brindar servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar, y a brindar métodos anticonceptivos sin discriminación alguna (ver Recuadro). Esta ley también obliga al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a oficializar el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR).

En enero de 2001, el MSPAS oficializó el Programa Nacional de Salud Reproductiva, decisión que marca un inicio importante para el fortalecimiento de los servicios de SR y PF en el país. Otros instrumentos de política pública, lo constituyen la Política de Desarrollo Social y Población (PDSP) aprobada en mayo de 2002, la Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres 2001 - 2006, el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna (1999), el Plan Nacional de Atención Integral al Adolescente (1999), y el Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS). A nivel de políticas operativas, el Acuerdo Ministerial # SPM-239-2004, incorpora al PNSR como uno de los programas oficiales del MSPAS.

Ley de Desarrollo Social, Decreto 42-2001 Artículo 26.3 Planificación Familiar Para fortalecer los servicios de salud reproductiva, se llevarán a cabo programas y servicios de planificación familiar, basados en información veraz, objetiva y ética, es decir, fundada en la naturaleza de las personas y de la propia sexualidad humana, completa y fácil de entender, accesibles para todas las personas y parejas, en los establecimientos de salud pública y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en relación con sus afiliados y beneficiarios.

En el marco de la reforma del sector salud, el MSPAS ha formado alianzas con el sector de las ONG para extender los servicios básicos de salud a poblaciones dispersas y de difícil acceso. Esta estrategia incluye servicios integrales a la mujer y a la niñez, conocidos como la “Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia/Atención Integral a la Niñez y la Mujer en la Comunidad” (AIPEI/AINM-C). A partir de 2003, el paquete básico de servicios incorpora la planificación familiar y ofertan inyectable, píldora, condón y métodos naturales basados en el conocimiento de la fertilidad. Esta estrategia de extensión de cobertura está apoyada con un fuerte liderazgo del MSPAS para mejorar el acceso de estos servicios en las áreas más alejadas del país, y representa un potencial importante para disminuir la demanda insatisfecha.

CONTEXTO POLÍTICO NACIONAL EN AÑOS RECIENTES (2004 - 2006)

En el año 2004, se inició un nuevo período de gobierno (2004 - 2007), durante el cual se ha observado la voluntad, tanto del MSPAS, como del Congreso, de continuar garantizando el acceso a los servicios de planificación familiar. A continuación se presenta una serie de eventos y decisiones políticas que han permitido dar continuidad a los avances de años anteriores y fortalecer el marco legal y político.

- La Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas (Decreto 21-04), obliga al Gobierno a asignar el 15% de los ingresos de esta ley para programas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y alcoholismo. En 2006, en base a esta ley, el presupuesto general de ingresos y egresos del Estado asignó 32 millones de quetzales (aproximadamente US\$4.3 millones). Como resultado, por primera vez aparece una partida presupuestaria para el PNSR. El presupuesto asignado cuenta con tres ejes principales: fortalecimiento de las DAS con recursos humanos y materiales, implementación de unidades móviles, y aseguramiento financiero de los anticonceptivos.
- El Plan Estratégico para Reducir la Mortalidad Materna 2004 - 2008 contempla entre sus metas: disminuir la necesidad insatisfecha de anticonceptivos de un 27% a 20%, aumentar la prevalencia de uso de anticonceptivos de 43% a 50%, y disminuir el desabastecimiento de anticonceptivos a nivel nacional, de 14% a 5%.
- En 2004 se formó la Comisión Nacional de Población (CONAPO), coordinada por el Comisionado Presidencial para la Ciencia y Tecnología, con la participación del Ministerio de Educación (MINEDUC), el MSPAS, la Secretaría Presidencial de la Mujer (SEPREM), el Consejo Nacional de la Juventud (CONJUVE), el Instituto Nacional de Estadística, la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente, el IGSS y la SEGEPLAN, así como organizaciones no gubernamentales como Convergencia Ciudadana de Mujeres. El rol de esta comisión es promover la coordinación interinstitucional para monitorear los avances de la Política de Desarrollo Social y Población (DSP).⁴
- El informe anual de 2005 de la Política de DSP, en el eje de Comunicación Social, presenta un logro histórico para el país, que consiste en una campaña masiva de radio, prensa y televisión para difundir los contenidos de la LDS, con énfasis en la SR/PF. Las campañas se han transmitido en varios canales televisivos y emisoras de cobertura nacional.
- En 2004, el Comisionado Presidencial del “Frente contra el Hambre”, en coordinación con la Secretaría de Obras Sociales de la Presidencia (SOSEP) impulsaron el Programa “Creciendo Bien”, como una de las estrategias para monitorear el grado nutricional de los niños en áreas prioritarias del país. Se espera que las ONG que están implementando esta estrategia brinden información sobre el espaciamiento de embarazos y sirvan como un mecanismo de referencia para el acceso a servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar.

⁴ SEGEPLAN, Informe 2005 Política de Desarrollo Social y Población

- En 2004, el MSPAS decidió implementar un nuevo modelo de atención basado en el ciclo de vida y prioridades programáticas, incluida la planificación familiar y la promoción del espaciamiento intergenésico, como una de las estrategias para reducir la mortalidad materna.
- En relación a las políticas operativas, normas y reglamentos, el MSPAS cuenta con las Normas de Atención de Salud Reproductiva y los manuales de aplicación de las normas para el primer y segundo nivel de atención, incluida la entrega de anticonceptivos según capacidad resolutoria de cada nivel. También existen Normas Técnicas de Suministros para las DAS y Hospitales, el Manual para la Gestión Logística de Medicamentos y Productos Afines, que incluyen las políticas y procedimientos para la gestión, distribución y control de anticonceptivos; y la Guía de Atención Básica y Uso de Medicamentos y otros insumos.
- A partir de 2004, el MSPAS ha demostrado su determinación en institucionalizar la logística, en lo que respecta a absorber las diferentes funciones de su administración. Una de las medidas tomadas fue contratar, con recursos regulares, a la persona del PNSR responsable de la logística, quien a partir de 2006 será la coordinadora de la Unidad de Logística recién creada.
- En 2003 se iniciaron reuniones del comité de la DAIA y se desarrolló una propuesta de Acuerdo Gubernativo y su reglamento, pero éstos no entraron en vigencia. Posteriormente, un equipo del país conformado por altas autoridades del Gobierno, Congreso y cooperantes participaron en el Foro Regional de la DAIA en Perú en 2004; sin embargo, no se ha conformado nuevamente la Comisión Nacional sobre el tema. A pesar de no contar con una comisión específica de la DAIA, existen varios actores políticos en el organismo ejecutivo y legislativo, quienes están comprometidos en garantizar el derecho al acceso universal y equitativo de servicios de PF.
- APROFAM-ONG, como una de las principales proveedoras de servicios de PF en el país se ha destacado por su programa de comunicación y relaciones públicas con los medios de comunicación, para mantener vigente en la agenda pública el tema de la SR/PF. Una muestra de estos esfuerzos son las campañas de “Galardón a la Excelencia Periodística”, mediante las cuales APROFAM-ONG premia a los periodistas que se distinguen por su cobertura en los medios sobre temas de población, desarrollo y salud reproductiva. Además, por su labor de abogacía sobre los temas de población y desarrollo, salud reproductiva y enfoque de género, en 2005 APROFAM-ONG recibió el Premio de Población de Naciones Unidas.
- Además del marco legal y político existente, la “Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva” aprobada por el Congreso en noviembre de 2005 y publicada en abril de 2006, obliga al Gobierno a financiar los servicios de planificación familiar en todos los establecimientos de salud y plantea la creación de una comisión interinstitucional que vele por la disponibilidad asegurada de anticonceptivos (ver **Anexo 3**). El proceso para aprobar esta ley ha sido arduo y controversial. El Congreso aprobó la ley en noviembre de 2005. El Ejecutivo, sin embargo, la vetó y posteriormente el Congreso nuevamente ordenó publicar la ley en febrero de 2006. El Ejecutivo tramitó un recurso de amparo ante la Corte de Constitucionalidad y en abril de 2006 la Corte dictaminó que el Congreso de la República publicara la ley. La cobertura de los medios de comunicación de prensa, radio y televisión, particularmente durante los últimos ocho meses, han presentado la perspectiva de la población respecto a la planificación familiar. Dos periódicos publicaron sondeos de opinión que indicaron que aproximadamente el 72% de las personas entrevistadas estaban de acuerdo con la publicación de la iniciativa de ley de planificación familiar.

- Después de que la gerencia del IGSS decidió suspender el programa de PF en 2003, en agosto de 2005, el IGSS publicó, mediante Acuerdo Gubernativo No. 1165 (ver **Anexo 4**), la incorporación de la salud reproductiva como una de las prestaciones que el IGSS otorga en la asistencia por maternidad. Este avance sobresaliente se logró después de un proceso arduo de cabildeo dentro del IGSS, con la vigilancia ciudadana del movimiento de mujeres y la fiscalización del Congreso de la República.

Es evidente que el tema de planificación familiar es controversial en Guatemala y que hay líderes religiosos y políticos que la consideran un tema delicado; sin embargo, el marco legal y político existente refleja el compromiso del Gobierno de garantizar el derecho fundamental de los(as) ciudadanos(as) guatemaltecos(as) a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos, y al acceso equitativo y sin discriminación a servicios de planificación familiar culturalmente aceptables. Además, varios(as) líderes en puestos políticos clave, tanto en el Organismo Ejecutivo como Legislativo, consideran imprescindible asegurar los servicios de planificación familiar, como una forma de mejorar la calidad de vida de las personas, especialmente las más pobres, quienes han expresado el deseo de usar anticonceptivos.⁵

También la sociedad civil, los técnicos en salud reproductiva, los líderes y las lideresas políticos, tomando en cuenta la evidencia científica sobre los beneficios de la PF, la consideran como una de las formas más costo efectivas para evitar las muertes maternas. Este tema es importante en el marco de las Metas del Milenio, que compromete al Estado de Guatemala a reducir la Razón de Mortalidad Materna en tres cuartas partes en el año 2015, es decir, reducirla de 186 muertes por 100,000 nacidos vivos en 1998 a 55 muertes en 2015.⁶

En el campo de abogacía y defensa pública, se distinguen los pronunciamientos del movimiento de mujeres, quienes en su mayoría unieron esfuerzos para solicitar al Congreso la publicación de la Ley de Acceso Universal a Servicios de PF. Entre estos grupos está la Instancia Coordinadora de Acciones Políticas por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres (Instancia Salud/Mujer), que agrupa aproximadamente a 70 organizaciones de la sociedad civil, que defienden proactivamente el derecho humano a la salud reproductiva y el acceso a servicios de planificación familiar. En años recientes (2002 a 2005), esta agrupación ha realizado múltiples foros, conversatorios, publicaciones y ruedas de prensa, solicitando al Gobierno cumplir con la obligación de financiar y brindar servicios de salud reproductiva. Asimismo, realizan vigilancia ciudadana para que el Gobierno asuma la responsabilidad financiera del programa de salud reproductiva, incluida la compra de anticonceptivos.

Este contexto político y legal refleja el compromiso del Gobierno de Guatemala, que en medio de un cambio de gobierno en 2004, tiene la voluntad de garantizar el acceso libre por parte de la población a los insumos anticonceptivos, tanto modernos como tradicionales. Destaca notablemente el fortalecimiento del marco legal, que en los últimos seis años (2001 a 2006) ha sido fundamental para lograr un avance sin precedentes del programa de planificación familiar en el sector público, reflejado en el aumento de la prevalencia anticonceptiva y la disminución de la fecundidad, así como el continuo aumento de los servicios del sector público en años recientes (2003 a 2005).

5 Encuesta de Salud Materno Infantil 2002 Capítulo Planificación Familiar

6 Metas del Milenio: Informe del Avance de Guatemala, Segunda Edición 2003

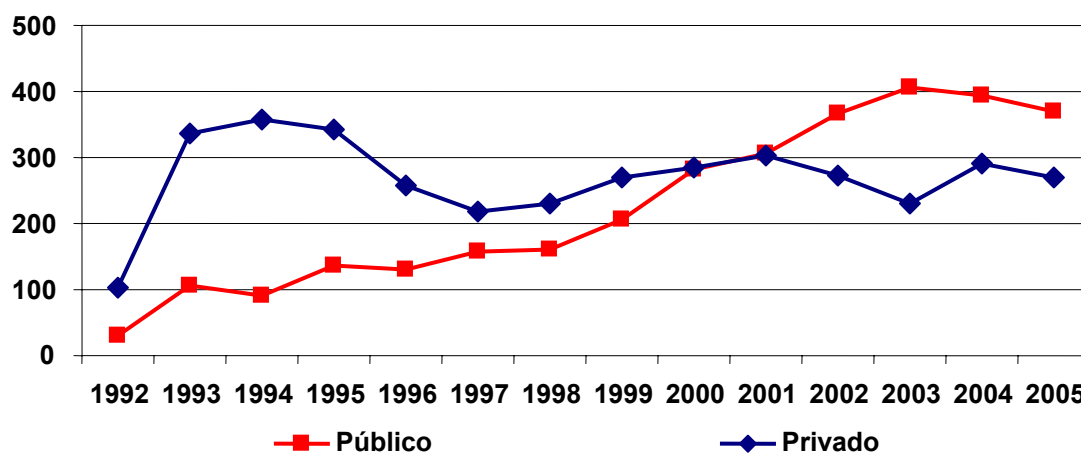
ACTORES

En esta sección se presentan los principales proveedores de anticonceptivos en el país, tanto del sector público (MSPAS e IGSS) como del sector privado (las ONG, el mercadeo social y las farmacias).

La GRÁFICA 4 muestra la tendencia anual de provisión de anticonceptivos a las parejas guatemaltecas en el período 1992 a 2005, que incluye información del MSPAS, IGSS, IPROFASA y las ONG, incluyendo APROFAM-ONG. Los datos a partir de 2003 incluyen la entrega de anticonceptivos de las ONG del PEC. En esta gráfica se observa que a partir de 1996 y 1997 el sector privado disminuye levemente, mientras que en 1998 la provisión de servicios del sector público continúa en aumento. El incremento del sector público se acentúa a partir de 2001, cuando se aprueba oficialmente el Programa Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS y se mantiene hasta el año 2003.

En la GRÁFICA 4, también se observa una leve disminución de la cobertura del sector público en los años 2004 y 2005, la cual se debe a la suspensión de los servicios de PF del IGSS. En el período de 2002 a 2005, el sector privado (APROFAM-ONG e IPROFASA) mantiene el nivel de servicios, pero con leves disminuciones en algunos años.

GRÁFICA 4 Total de años de protección anticonceptiva (en miles), por sector público y privado, según consumo de métodos anticonceptivos (cualquier método)⁷, 1992 - 2005

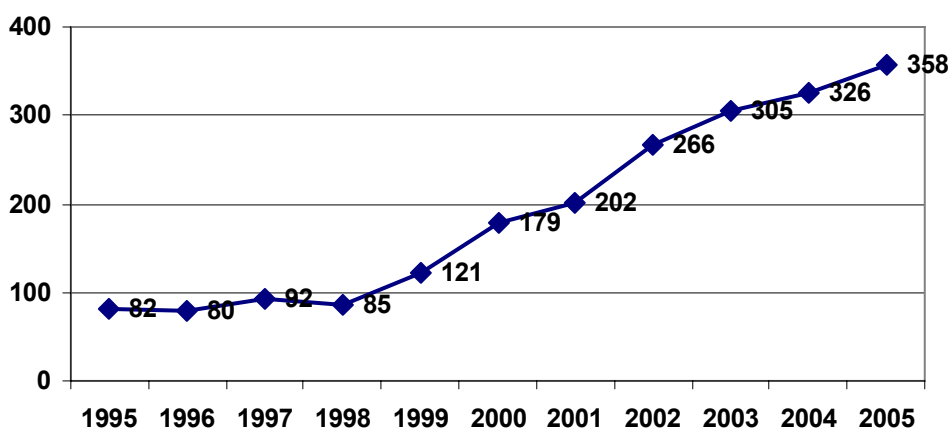


Fuente: Informes anuales de proveedores

⁷ Incluye píldoras, condones, inyectables (mensual, bimensual, trimestral), DIU, tabletas vaginales, esterilización voluntaria femenina y masculina, implantes, MELA, método del collar (días fijos).

En la Gráfica 5, se presenta únicamente la provisión de los métodos anticonceptivos del MSPAS, donde se observa que se ha mantenido en aumento desde 2000, año en el que el sector público iguala la oferta del sector privado, y continúa aumentando hasta 2005. A partir de 2003, la Gráfica 5 contiene datos de entrega de anticonceptivos de los tres niveles de atención del MSPAS (hospitales, centros y puestos de salud, y centros de convergencia de las ONG).

GRÁFICA 5 MSPAS - Total de años de protección anticonceptiva (en miles) en un año, según consumo de métodos anticonceptivos (cualquier método)⁸, 1995 - 2005



Fuente: Informes del MSPAS

En el **Anexo 3** se presenta un resumen de la red de servicios del MSPAS, IGSS y APROFAM-ONG, que se consideran los principales proveedores de servicios de SR/PF.

MSPAS (incluye las ONG del programa de extensión de cobertura)

Actualmente, el MSPAS es el principal proveedor (32%) de servicios de planificación familiar en el país.⁹ Los servicios de PF, incluyendo la entrega gratuita de los anticonceptivos se proveen en cada nivel de atención, de acuerdo a las normas de Salud Reproductiva. El MSPAS oferta los siguientes métodos de PF: condones, píldoras, inyectable trimestral, dispositivo intra-uterino (DIU), AOV femenina y masculina, y métodos naturales como el ritmo, el Método de la Lactancia-Amenorrea (MELA) y el método del collar o días fijos.

El MSPAS cuenta con una red de servicios en los tres niveles de atención (ver **Anexo 5**): en el primer nivel cuentan con 1,244 centros de convergencia, 926 puestos de salud; en el segundo nivel 300 unidades mínimas, 281 centros de salud tipo A y B, 16 maternidades cantonales, y a partir de 2005 tres Centros de Atención Integrada Materno Infantil (CAIMI). En el tercer nivel cuentan con 43 hospitales ubicados en áreas urbanas. A nivel central, la estructura organizacional del MSPAS está encabezada por el Ministro de Salud, Vice Ministro Técnico y Vice Ministro Administrativo, existen cuatro direcciones generales: Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud, donde está ubicado el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR); la Dirección General de Recursos Humanos y la Gerencia General (ver **Anexo 6**). El PNSR se ha institucionalizado dentro de la estructura del MSPAS en varios sentidos: existe un acuerdo ministerial que lo incorpora como uno de los programas oficiales del MSPAS, el personal que antes fue financiado en el marco de cooperación de la

⁸ Incluye píldoras (LoFemenal), condones, inyectable trimestral Depo-Provera, DIU, esterilización voluntaria femenina y masculina, MELA, método del collar (días fijos).

⁹ Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -ENSMI 2002

USAID, ahora es pagado por el MSPAS, incluida la persona responsable de la administración logística de anticonceptivos.

Desde 1996, en el contexto de la reforma del sector salud, el MSPAS desconcentró la compra de los medicamentos esenciales (no incluyó anticonceptivos y vacunas) a la Dirección de Área de Salud (DAS), utilizando como mecanismo de compra el contrato abierto. El contrato abierto le permite a las 29 Direcciones de Área de Salud (DAS) comprar los medicamentos del listado básico a nivel local. En el caso de los anticonceptivos, la compra es vertical y centralizada, debido a que se obtienen mediante convenios de cooperación a través del UNFPA y de la USAID.

Bajo la conducción y el liderazgo de la Dirección General de SIAS, en el primer nivel de atención se cuenta con un conjunto de ONG contratadas por el MSPAS y financiadas con recursos del Gobierno y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). En 2006, cuentan con 98 ONG, que cubren 384 jurisdicciones, para atender a 3,786,286 habitantes en áreas lejanas y de difícil acceso, quienes antes no habían tenido acceso a servicios básicos de salud. Estas ONG brindan en forma gratuita, un paquete básico de servicios materno infantil a través de los Equipos Básicos de Salud (EBS), compuestos por médicos ambulatorios y/o enfermeras ambulatorias, facilitadores institucionales, facilitadores comunitarios, comadronas tradicionales y vigilantes de salud. A nivel nacional, el recurso humano apoyando en los EBS es de 38,801. (Ver **Anexo 7**). El objetivo principal de esta estrategia es lograr la cobertura universal primaria en salud. A partir de 2003, el MSPAS incluyó los servicios de planificación familiar en el paquete básico, y USAID está donando anticonceptivos a dichas ONG durante el período 2003 a 2006. Con el fin de agilizar la distribución de los anticonceptivos donados, el MSPAS y APROFAM-ONG suscribieron un convenio para distribuir los anticonceptivos de la bodega central de APROFAM-ONG a cada sede departamental de las ONG.

A pesar de que el consumo de estas ONG, de acuerdo a los reportes del MSPAS, no suma ni el 1% del total del consumo del país¹⁰, el MSPAS considera importante mantener este servicio, debido a que la mayoría de los centros de convergencia están ubicados en los lugares más lejanos e inaccesibles. Es en estos lugares donde la demanda insatisfecha es mayor y las barreras de acceso físico y económico representan un mayor reto.

En 2001, uno de los esfuerzos interinstitucionales más efectivos para mejorar el acceso a la información de servicios de planificación familiar fue coordinado por el MSPAS y el Programa Nacional de Salud Reproductiva. Este esfuerzo consistió en desarrollar una estrategia de información, educación y comunicación, para lo cual se conformó el grupo técnico interagencial en IEC (GTI-IEC) con la participación de todos los actores que trabajan en Salud Reproductiva en Guatemala. El **Anexo 8** presenta una breve descripción del trabajo realizado y la amplia variedad de materiales de IEC desarrollados.

ASOCIACIÓN PROFAMILIA (APROFAM-ONG)

Durante más de 35 años, el proveedor principal de servicios de planificación familiar fue la organización APROFAM-ONG, que a pesar del clima desfavorable hacia el tema, en las décadas de los setenta a ochenta, diseñó e implementó estrategias innovadoras para brindar servicios de planificación familiar a las parejas en áreas urbanas y rurales. En 2002, APROFAM-ONG es la proveedora más importante después del MSPAS con 29% de cobertura en el país¹¹ y ofrece los siguientes métodos anticonceptivos: condones masculino y femenino, píldoras, DIU, inyectables, implantes, AQV femeninas y masculinas, y métodos naturales.

APROFAM-ONG, afiliada de la IPPF, tiene 41 años de servicio en el área de salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva. Ofrece servicios integrales para la familia en 29 clínicas en 19 de los 22

10 Informes de consumo y PipeLine

11 Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002

departamentos del país (ver **Anexo 6**), y además cuenta con 3,400 promotores voluntarios, 500 multiplicadores juveniles y 5 unidades móviles. A través de sus promotores voluntarios y unidades móviles APROFAM-ONG llega a muchas de las áreas menos accesibles en el país. APROFAM-ONG brinda en sus clínicas los servicios de ginecología, servicios de planificación familiar, control pre y post natal, pediatría, medicina general, especialidades médicas (urología y cardiología, entre otras); cirugías y atención del parto, diagnóstico, venta de medicamentos, consejería en ITS/VIH SIDA y Violencia Basada en Género.

Desde sus inicios APROFAM-ONG se orientó a servir a la población más necesitada y es así como inicia el programa de distribución comunitaria con 3,400 promotores voluntarios que brindan servicios materno-infantil, acompañados de procesos de Información, Educación y Comunicación (IEC). En la actualidad, este programa sigue subsidiado por las ventas generadas de las clínicas. En 1997, APROFAM-ONG inició un fuerte proceso de sostenibilidad financiera, y a su vez aplicó un proceso de reingeniería al programa de distribución comunitaria. Como parte de su plan de sustentabilidad, a la población meta se han agregado personas de medianos ingresos que visitan principalmente las clínicas ubicadas en las cabeceras departamentales. En 2005 alcanzaron el 90% de sostenibilidad institucional, y esperan lograr el 100% en 2009, año en el que termina el Convenio de Donación con la USAID. A partir de 2003, APROFAM-ONG también incorpora actividades de responsabilidad social empresarial, mediante la cual brinda servicios con enfoque social a diversas empresas e instituciones del país.

Además de generar fondos propios, APROFAM-ONG depende del apoyo de las siguientes organizaciones: USAID, IPPF, Wings y Fundación Bergstrom.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)

El IGSS protege al 17% de la población del sector formal, adscrito al régimen de seguridad social, cerca del 25% de la población económicamente activa (PEA) y a sus familias. Según estimaciones del Departamento de Actuarial y Estadística del IGSS, en el año 2000 el IGSS atendía aproximadamente de 5 a 6% de las atenciones materno infantil. Tiene presencia en 11 de los 22 departamentos del país, y brinda servicios de SR/PF en 40 establecimientos, incluidos hospitales y consultorios (ver **Anexo 6**). A partir de 1993, el IGSS, mediante acuerdo de gerencia y con apoyo técnico y financiero de la USAID, inició el programa de PF y servicios diferenciados de SR/PF para adolescentes, acompañado de procesos de capacitación que garantizaban un servicio de calidad a las afiliadas y beneficiarias con derecho. El IGSS provee condones, píldoras, DIU, inyectables, implante Jadelle, AQV femenina y masculina y métodos naturales como MELA y el método del collar o de los días fijos. Según la ENSMI 2002, el IGSS cubría el 12% del mercado de PF en el país.

Después de una trayectoria ejemplar en el campo de la SR/PF, en el año 2003 el IGSS decidió interrumpir los servicios de SR/PF, excepto a mujeres durante los 40 días post parto. Esta decisión se basó en que el reglamento orgánico del IGSS no contemplaba este servicio dentro de las atenciones materno-infantil. Como consecuencia, a partir del año 2003, el IGSS redujo la oferta de servicios de PF al mínimo, brindando únicamente T de Cobre y AQV post parto.

Ante esta situación, con el liderazgo de la Sección Materno Infantil, se inició un diálogo político dentro del IGSS y se presentó un proyecto para re-incorporar los servicios de salud reproductiva en el paquete de prestaciones de salud para afiliadas y beneficiarias con derecho, mediante un acuerdo de Junta Directiva. Después de varios meses, en octubre de 2005, la Junta Directiva aprobó la publicación del Acuerdo # 1165 para abrir nuevamente el Programa de Salud Reproductiva y los servicios de PF para todos los afiliados y beneficiarios(as) con derecho. El IGSS estima que la reapertura de los servicios de planificación familiar en los 40 establecimientos donde anteriormente brindaban los servicios de PF tomará aproximadamente un año, de forma tal que el IGSS vuelva a brindar el mismo o un mayor nivel de servicios que el de años pasados.

Por otro lado, el IGSS está en un proceso de reorganización a nivel central, al mismo tiempo que están regionalizando el modelo de atención de salud y desconcentrando los servicios a nivel departamental.

FARMACIAS, CLÍNICAS, MÉDICOS

Entre farmacias y clínicas privadas, el sector privado cubre aproximadamente el 26% de servicios de PF en el país. Guatemala no fabrica anticonceptivos, y las principales compañías farmacéuticas que venden anticonceptivos en Guatemala son Schering y Pfizer. Las farmacias venden una variedad amplia de anticonceptivos y las clínicas privadas proveen servicios de PF localizadas mayormente en áreas urbanas.

Uno de los importadores de anticonceptivos en el país es la Importadora de Productos Farmacéuticos, SA (I PROFASA), una empresa privada con fines de lucro constituida como sociedad anónima, que durante 20 años recibió apoyo técnico y financiero de la USAID. I PROFASA vende una variedad de anticonceptivos en farmacias localizadas en todo el país, principalmente en áreas urbanas. Ofrecen una gama amplia de píldoras, condones, inyectables, DIU y espermicidas. I PROFASA vende el oral combinado Perla a precios de mercadeo social, Q20 por ciclo.¹² Durante el estudio de precios recientemente realizado en Guatemala, se observó que el precio de este producto es el más bajo en el mercado; asimismo, se observó que I PROFASA es el proveedor con una de las mezclas más amplias de anticonceptivos e insumos de salud reproductiva en el sector privado.

Es importante resaltar que I PROFASA es una de las organizaciones en Guatemala que alcanzaron auto-sustentabilidad a partir del año 2003 y que actualmente poseen una ventaja comparativa en la oferta de una amplia gama de anticonceptivos.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE MERCADEO SOCIAL (PASMO)¹³

Desde 1997, PASMO opera sus oficinas afiliadas en todos los países de Centroamérica, con una oficina regional en Guatemala. Actualmente PASMO cuenta con más de 100 consultores en la región centroamericana, para trabajar en comunicación para el cambio de comportamiento, mercadeo y administración. Sus principales contrapartes son alrededor de 50 organizaciones no gubernamentales (ONG) y más de 50 organizaciones religiosas, Ministerios de Salud, Programas Nacionales del VIH/SIDA, Coordinadoras Nacionales de Prevención del VIH/SIDA, distribuidores mayoristas de condones, agencias publicitarias, organizaciones de investigación, donantes y organizaciones internacionales. Los donantes actuales son la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la República Federal de Alemania, a través del KFW Entwicklungsbank (El Banco Alemán para el Desarrollo).

PASMO cuenta con una red coordinada de entidades de mercadeo social registradas en todos los países centroamericanos. Desde 1997, PASMO ha implementado un programa completo de mercadeo social para la prevención del VIH/SIDA. Durante este tiempo, PASMO ha desarrollado una capacidad significativa en la región para diseñar, implementar y evaluar actividades integrales de prevención, incluyendo la comunicación para el cambio de comportamiento, la distribución y promoción del condón, planificación de medios, y las funciones de apoyo como el monitoreo y evaluación, el sistema gerencial de información y la administración financiera.

Actualmente, PASMO cuenta con una infraestructura importante en la región centroamericana para brindar a poblaciones de alto riesgo, la información, apoyo social y condones necesarios, de tal forma que adopten comportamientos para la prevención del VIH. Según informes de PASMO, en el año 2005 incrementaron en 39% las actividades para el cambio de comportamiento y vendieron 17% más de condones, comparado con el año 2003.

12 Proyecto DELIVER/USAID, Estudio de precios de anticonceptivos y el marco legal de adquisiciones en Latinoamérica, Marzo 2006

13 PASMO. Descripción del Programa de Mercadeo Social en Guatemala, http://www.psi.org/where_we_work/central_america.html

Desde 1998, PASMO ha ampliado la gama de condones marca VIVE, y ha coordinado con otros proveedores de salud, como APROFAM-ONG; y como resultado, APROFAM-ONG incorpora en su oferta de anticonceptivos el condón VIVE. En el año 2005, PASMO vendió en la región más de 16.6 millones de condones en puntos de entrega con poblaciones de alto riesgo, como burdeles, moteles, bares y clubs nocturnos; también en farmacias y puntos de entrega no tradicionales como tiendas de conveniencia y supermercados.

OTRAS ONG Y ACTORES

Además de las ONG contratadas por el MSPAS, bajo el programa de extensión de cobertura PEC apoyado por el BID, existen varias redes de ONGs que se dedican a desarrollar proyectos de salud en áreas rurales.

Entre estas agrupaciones, destaca la primera Red de Redes de las ONG en Latinoamérica, denominada “Asociación de Redes de ONG” (ASOREDES). El propósito de esta red es incidir e implementar acciones de desarrollo comunitario integral, y fortalecer a las ONG asociadas en beneficio de comunidades prioritarias del país. Algunas de las ONG miembros brindan servicios de SR/PF mediante su participación en el programa de extensión de cobertura del MSPAS, y en la actualidad algunas de ellas tienen convenios con el MSPAS.

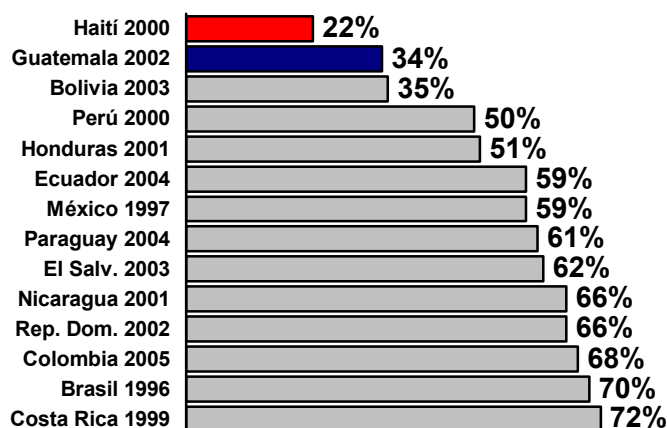
La participación de estas ONG en la oferta de métodos de PF es mínima, pero su ubicación geográfica en áreas de difícil acceso puede contribuir para disminuir la brecha en el acceso a servicios de PF, especialmente donde se encuentra la población más pobre del país, sin capacidad para pagar por los anticonceptivos.

HALLAZGOS

DEMANDA Y USO DE SERVICIOS

La demanda y uso de anticonceptivos en Guatemala ha aumentado dramáticamente en los últimos 15 años. Los expertos en el tema de PF en Guatemala atribuyen este aumento, en parte, a las campañas de IEC que desarrollaron los diferentes proveedores de salud a nivel nacional, y que aumentó el conocimiento de la población sobre el tema de SR/PF. Sin embargo, en la GRÁFICA 6 se observa claramente que Guatemala continua con la TPA más baja en América Latina, después de Haití. Por otro lado, al mismo tiempo que aumentó la prevalencia, también lo hizo la necesidad insatisfecha, pasando de 22% en 1999 a 27% en 2002.

GRÁFICA 6 Tasa de prevalencia anticonceptiva (%) entre las MUEF, América Latina (métodos modernos)



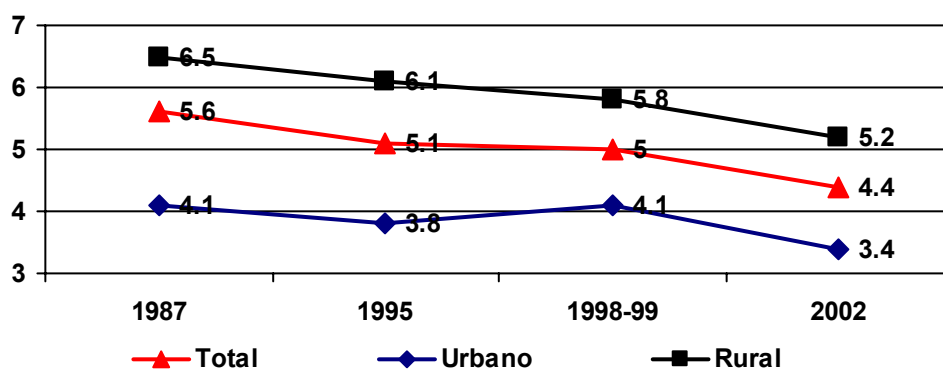
Fuente: Encuestas de Demografía y Salud de los países

En base a las Encuestas de Salud Materno Infantil de los años 1995, 1999 y 2002, en la siguiente sección se analizan las tendencias de la fecundidad, la prevalencia de anticonceptivos, la necesidad insatisfecha y la mezcla de métodos, así como las proyecciones de la demanda de anticonceptivos hasta el año 2010.

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y TASA DE PREVALENCIA DE ANTICONCEPTIVOS

Según la Gráfica 7 la tasa global de fecundidad (TGF) en Guatemala descendió 13% entre 1995 y 2002, de 5.1 a 4.4 hijos por mujer. También, entre 1987 y 2002 Guatemala experimentó un descenso significativo de 21%, de 5.6 a 4.4 hijos por mujer. Sin embargo, la brecha sigue siendo significativa en 2002 y las mujeres en las zonas rurales tienen en promedio casi dos (1.8) hijos(as) más que las mujeres en zonas urbanas.¹⁴

GRÁFICA 7 Tasa global de fecundidad (niños por mujer) por características seleccionadas



Fuente: ENSMI 2002

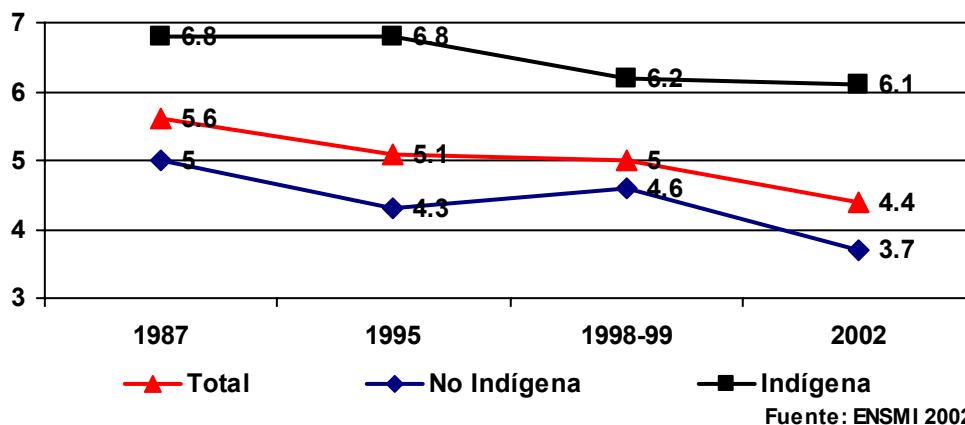
Los hallazgos de la ENSMI de 1998/99 y del año 2002 señalan que en este corto período, la tasa global de fecundidad se redujo de 5 a 4.4 hijos(as) por mujer, cifra que se aproxima más al número ideal de hijos(as) que las mujeres guatemaltecas reportan que desearían tener, en promedio tres hijos(as) por mujer. Esta reducción en la fecundidad fue seis veces más rápida entre 1998/99 y 2002 que entre 1995 y 1998/99.

Aun cuando la fecundidad es más alta en las zonas rurales, se puede ver que el cambio más significativo entre 1987 y 2002 fue en la zona rural, de 6.5 hijos por mujer a 5.2 hijos por mujer en 2002 (1.3 puntos porcentuales), lo que sugiere que se está logrando acortar la brecha entre zona rural y urbana. Este hallazgo es consistente con el mayor aumento de la prevalencia de uso de anticonceptivos (métodos modernos), durante este mismo período, el cual se muestra en la Gráfica 3, ya que en la zona rural la prevalencia aumentó en 15 puntos porcentuales, en tanto que en la zona urbana, el cambio fue de 11 puntos porcentuales.

14 ENSMI 2002, Capítulo de Fecundidad, página 69

La Gráfica 8 muestra que la fecundidad es mucho más alta en las poblaciones indígenas que en las poblaciones no indígenas (6.1 y 3.7 respectivamente). Además se puede observar que la brecha entre estas dos poblaciones ha variado a través de los años (1.8 en 1987, 2.5 en 1995, 1.6 en 1998/9 y 2.4 en 2002), pero siempre ha demostrado una disparidad significativa entre las poblaciones indígenas y no indígenas.

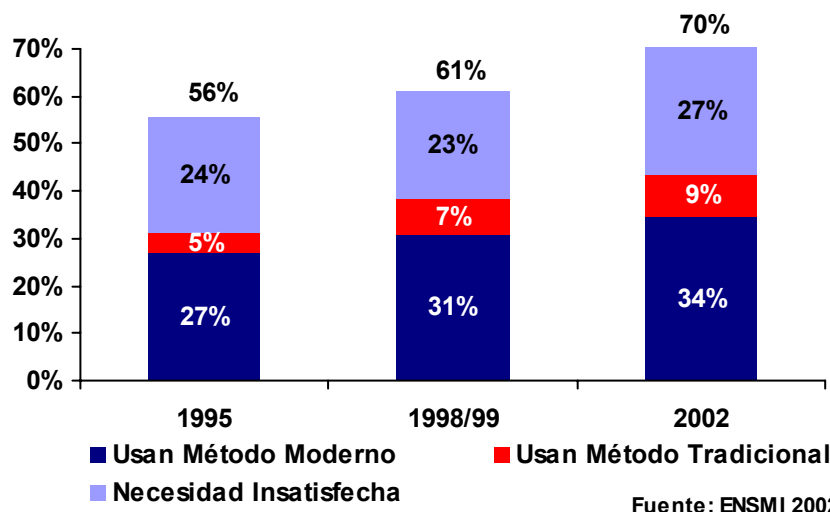
GRÁFICA 8 Tasa Global de Fecundidad (niños por mujer) por características seleccionadas



La reducción paulatina de la fecundidad se logra, en parte, por el aumento en la práctica de la planificación familiar.

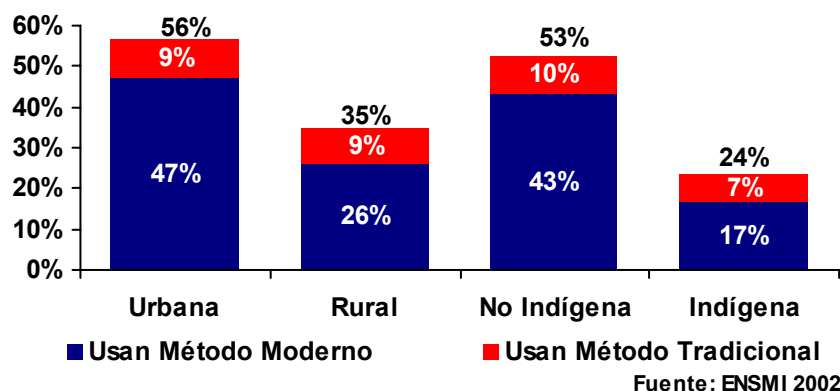
La Gráfica 9 muestra que la tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (cualquier método) experimentó un importante incremento, de 38 por ciento en 1998/99 a 43 por ciento en 2002.

GRÁFICA 9 Tasa de prevalencia anticonceptiva y necesidad insatisfecha de anticonceptivos (%) entre las MUEF



La Gráfica 10 presenta la TPA por ciertas características, donde se observa que en el área urbana se tiene una prevalencia de 56 por ciento y en el área rural de 35 por ciento. Esto indica que la brecha por lugar de residencia, si bien disminuyó notablemente, sigue siendo significativa.

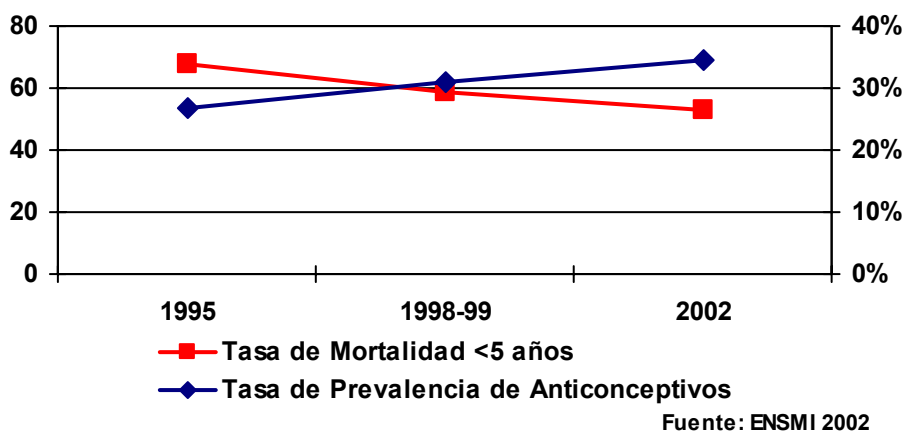
GRÁFICA 10 Tasa de prevalencia anticonceptiva (%) por características seleccionadas entre las MUEF, 2002



Una situación igual se presenta al observar las tasas para la población no indígena e indígena, que se encuentran actualmente en 53 por ciento y 24 por ciento respectivamente, con una brecha preocupante de 29 puntos porcentuales para 2002.¹⁵ Es importante recordar que en 1999, solamente tres años antes, la tasa de uso para mujeres no indígenas era de 50 por ciento y para las mujeres indígenas de 13 por ciento, lo que significa que la brecha disminuyó 8 puntos porcentuales en un período relativamente corto de 3 años. Sin embargo, estos datos muestran que el país aún enfrenta serios retos para mejorar el acceso equitativo a los servicios de planificación familiar a las poblaciones más vulnerables.

En la Gráfica 11, se aprecia una relación entre el aumento de la prevalencia de uso de anticonceptivos modernos en mujeres unidas y una disminución importante en la mortalidad en niños menores de 5 años. Es de destacar el aumento de la prevalencia de métodos modernos en 7,2 puntos porcentuales entre 1995 y 2002 (de 27% en 1995 a 34% en 2002), mientras la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años (mortalidad en la niñez) bajó de 68 a 53 niños por cada mil nacidos vivos.

GRÁFICA 11 Tasa de mortalidad (niños menores de 5 años), tasa de prevalencia anticonceptiva (%) entre las MUEF

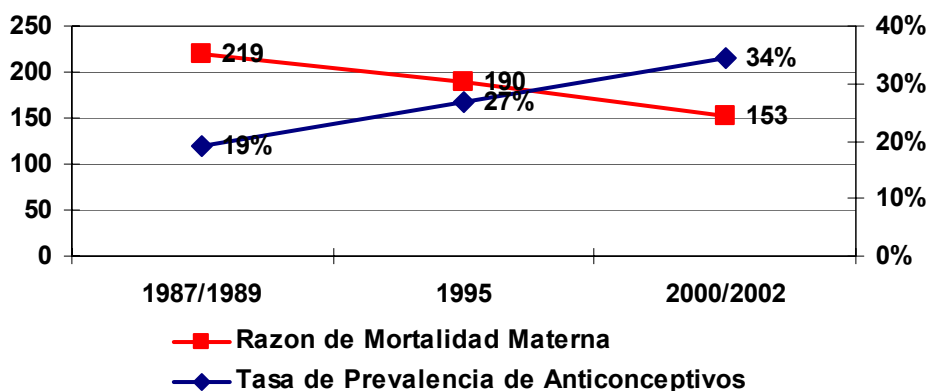


15 ENSMI, Capítulo de Planificación Familiar, página 88, Cuadro 5.8

La evidencia científica reciente ha demostrado que los intervalos intergenésicos <28 meses (parto-parto <37 meses) se asocian en forma significativa con el incremento en el riesgo de mortalidad en niños <5 años. En consecuencia, la práctica de la planificación familiar y el espaciamiento intergenésico pueden contribuir a la supervivencia infantil. En este sentido, las tendencias de la ENSMI 2002 sugieren que de continuar en aumento la TPA, los índices de desnutrición de la madre y del niño pueden disminuir, y a la vez, evitar muertes neonatal y postnatal que son las que contribuyen más a la tasa de mortalidad infantil y en la niñez.

La Gráfica 12 presenta el comportamiento de la Razón de Mortalidad Materna (RMM) y la TPA en el período de 1987 a 2002. Las mediciones de la RMM se realizaron en 1989, 1995 y 2000, mientras que los datos de la TPA se midieron en las ENSMI de 1987, 1995 y 2002. Esta gráfica muestra como la TPA contribuye en forma directa y significativa a evitar las muertes maternas, en la medida en que las mujeres utilizan anticonceptivos para espaciar o limitar los embarazos, y de esta forma reducir la probabilidad de complicaciones durante el embarazo.

GRÁFICA 12 Razón de mortalidad materna (muertes maternas por 100mil NV), tasa de prevalencia de anticonceptivos (%) entre las MUEF (métodos modernos)



Fuente: RMM: Estudio Medina 1989 y MEASURE Evaluation, ENSMI 1995 y Línea Basal de Mortalidad Materna, TPA: ENSMI 1987, 1995 y 2002.

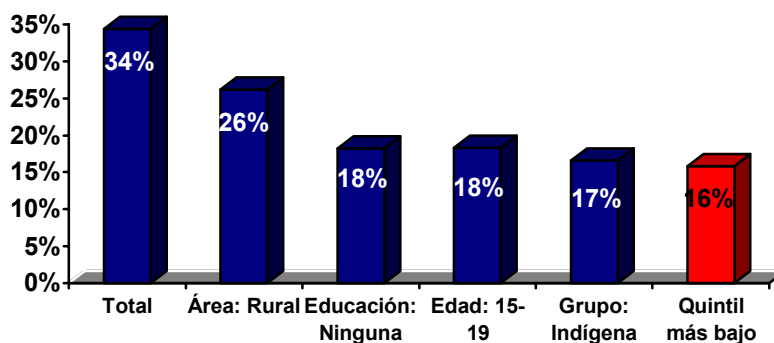
Además de la obtención de datos basados en las entrevistas a las mujeres, en el 2002, por primera vez se realizó la Encuesta de Salud Materno Infantil dirigida a los hombres. En el capítulo sobre planificación familiar, el 89% de los hombres entrevistados indicaron que un intervalo apropiado entre un hijo y otro es de dos o más años, lo cual sugiere que al involucrar al hombre en la salud reproductiva y PF, se podría incrementar el espaciamiento intergenésico y la prevalencia anticonceptiva.

TASA DE PREVALENCIA Y NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR QUINTIL

Si bien la TPA ha crecido significativamente en los últimos años, hay sectores de la población más desfavorecidos que desean usar anticonceptivos, pero que no tienen acceso a los mismos. Además del lugar de residencia, otros factores, como el nivel de educación, el quintil de ingresos al que pertenecen, la edad y el grupo étnico, están asociados con el bajo uso de métodos modernos.

La Gráfica 13 muestra que la TPA (métodos modernos) entre las mujeres sin educación es de 18%, y entre grupos indígenas es sólo de 17%, en ambos casos es dramáticamente más baja que la TPA total del país del 34%. Otra brecha alarmante es el uso entre las MUEF comprendidas entre 15 y 19 años, que alcanza solamente el 18%. La mayor brecha se observa en el quintil socioeconómico más bajo, que solamente tienen una prevalencia de uso de anticonceptivos de 16%.

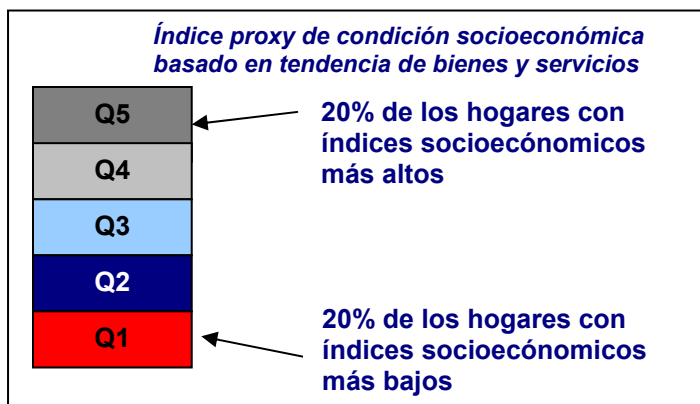
GRÁFICA 13 Tasa de prevalencia de anticonceptivos modernos (%) entre las MUEF por características seleccionadas, 2002



Fuente: ENSMI 2002

Para analizar la prevalencia, la necesidad insatisfecha y la mezcla de métodos según el nivel socioeconómico, se empleó el análisis por quintiles socioeconómicos, el cual es un índice proxy basado en la tendencia de los bienes y servicios, como se muestra en la Gráfica 14:

GRÁFICA 14 Análisis de quintiles

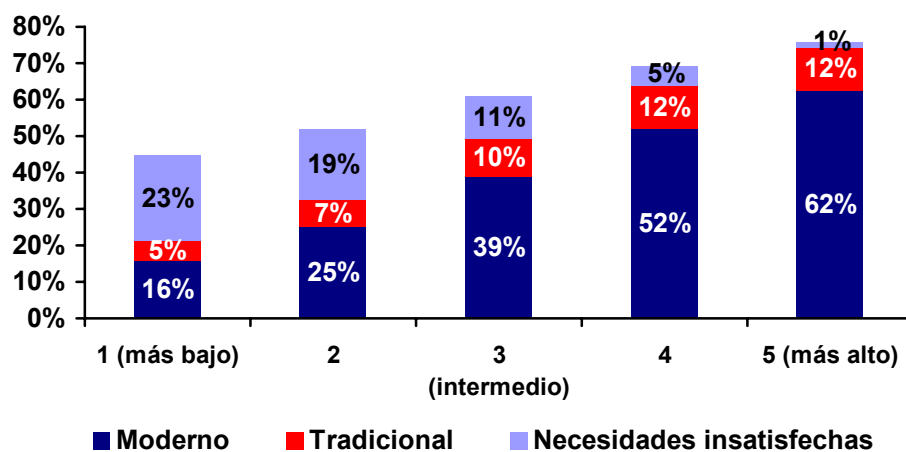


En la Gráfica 14 se presenta el análisis de los quintiles socioeconómicos que divide la población en cinco secciones iguales a partir de los bienes y servicios que las parejas reportaron tener, y que se clasifican en base al Índice de Bienes y Servicios según la ENSMI 2002.¹⁶ El quintil cinco representa el segmento más alto, y el quintil uno representa el más bajo. El uso de anticonceptivos, así como el tipo de método usado, varía de acuerdo al nivel de riqueza.

¹⁶ Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI), páginas 24 a 29, 41 y 42.

En la Gráfica 15 se muestra la prevalencia y necesidad insatisfecha por quintil socioeconómico. Se observa que los quintiles más bajos tienen una prevalencia mucho más baja (16% y 25%) que los quintiles altos (52% y 62%). Además se demuestra que los quintiles más bajos no están disfrutando de un acceso equitativo a los anticonceptivos, al experimentar una necesidad insatisfecha mucho mayor que los quintiles altos. Por ejemplo la necesidad insatisfecha del Q5 es 1%, mientras el Q1 y Q2 todavía experimentan una necesidad insatisfecha muy alta (23% y 19% respectivamente). En el caso del quintil más bajo la necesidad insatisfecha de 23% es más alta que la TPA de 21%, demostrando que el quintil más bajo experimenta barreras más serias al acceso de anticonceptivos.

GRÁFICA 15 Tasa de prevalencia de anticonceptivos entre las MUEF y necesidad insatisfecha (%) por quintiles, 2002



Fuente: ENSMI 2002

Como se ha mencionado, el reto para atender la necesidad insatisfecha se concentra principalmente en los quintiles más bajos, donde se mezclan diversas barreras de acceso, tanto desde la oferta (precios, capacitación del proveedor, variedad de métodos ofertados), como otras propias de la demanda (desconocimiento, temores y falta de recursos).

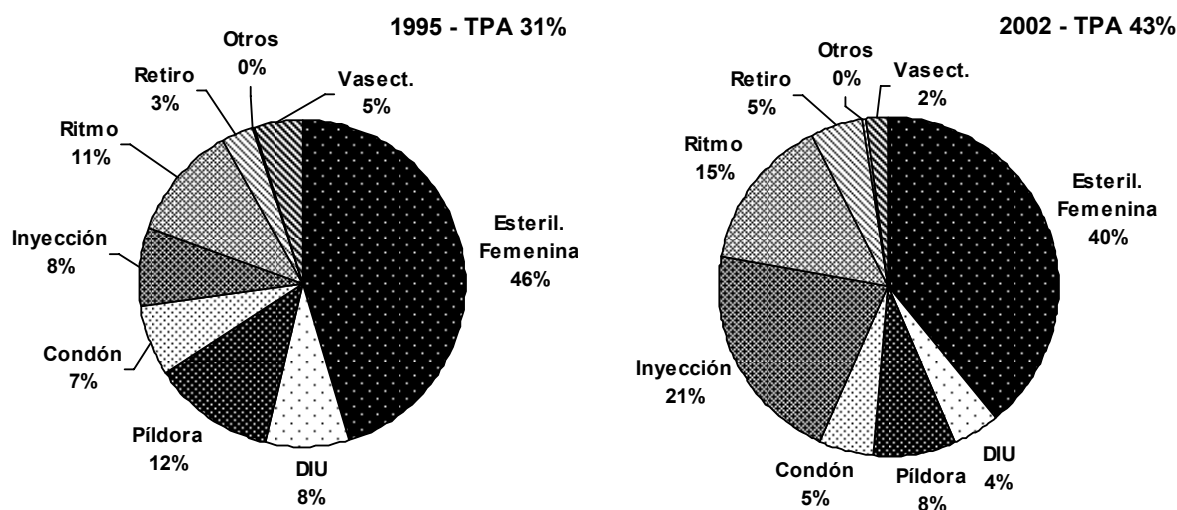
Las barreras del lado de la oferta de servicios de planificación familiar se han analizado en el país mediante estudios de “Barreras Médicas e Institucionales a la Planificación Familiar”, con la participación del MSPAS, el IGSS y APROFAM-ONG. El último estudio realizado en 2003¹⁷ demuestra que se han reducido en cierta medida dichas barreras, por ejemplo: la aplicación de criterios inapropiados de elegibilidad, las precauciones no justificadas, los obstáculos innecesarios en los procedimientos, sesgos del proveedor, restricciones impuestas al proveedor, incluido la falta de anticonceptivos. El desafío es disminuir, además de las barreras de acceso geográfico, este conjunto de barreras médicas, de tal forma que se disminuya la necesidad insatisfecha de servicios de PF. Sobretudo, considerando que la demanda total de anticonceptivos alcanzaría el 70%, al sumar la prevalencia actual (43%) y la necesidad insatisfecha (27%).

17 Estudio de las Barreras Médicas e Institucionales para la Prestación de Servicios de Planificación Familiar en Guatemala, 2003. MSPAS, IGSS, APROFAM, AGMM, AGOG

MEZCLA DE MÉTODOS

Las tendencias de la última década (Gráfica 16), demuestran que el método más usado en Guatemala es la esterilización femenina, seguida por la inyección. Sin embargo, en el mismo período, se observan algunos cambios en la mezcla de métodos anticonceptivos, siendo los más notables la reducción en el uso del DIU y la píldora, y un aumento significativo de los inyectables. Estos cambios podrían ser reflejo de varios factores, tanto de intervenciones de capacitación en consejería balanceada y procesos de IEC a nivel nacional, como la disponibilidad continua de los inyectables donados por la USAID desde inicios de la década de los noventa. La disminución en el uso del DIU puede estar influenciada por las barreras y sesgos del proveedor hacia ciertos métodos, que de acuerdo al Estudio de Barreras Médicas a la Planificación Familiar aún persisten.

GRÁFICA 16 Mezcla de anticonceptivos (%) entre las MUEF



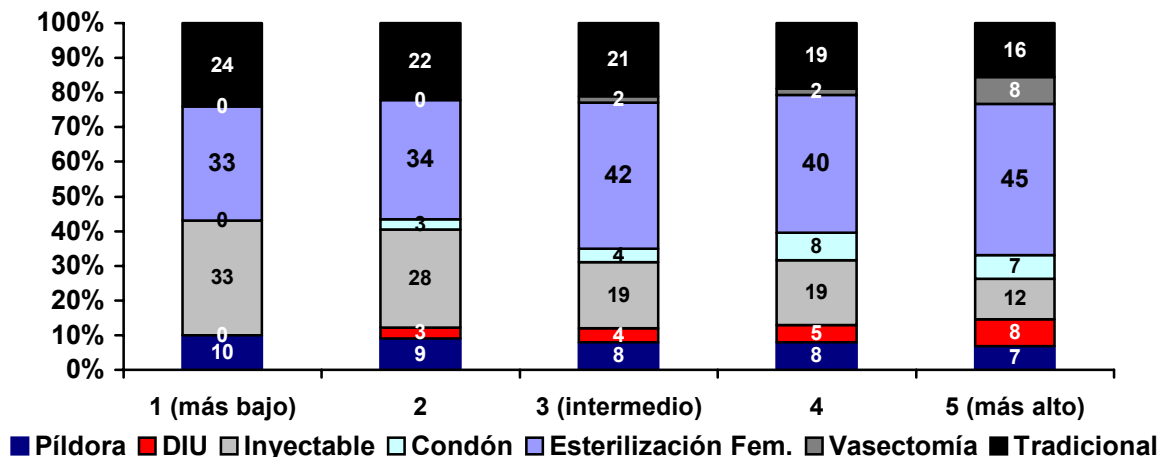
Fuente: ENSMI 2002

A continuación los cambios más importantes:

- aumento importante en las inyecciones, de menos de 8% a 21%;
- reducción en el uso de la píldora, de 12% a 8%;
- reducción en el uso de los DIU, que pasa de 8% a 4%;
- reducción en el uso de la esterilización, de 46% a 40%;
- aumento en el uso de métodos tradicionales (retiro y ritmo) de 14% a 20%.

En la Gráfica 17 se examinan las variaciones en el tipo de método usado según el quintil socioeconómico. Es probable que las diferencias se relacionen a las disparidades en el acceso económico, como el precio comercial, y otros factores sociales y culturales que afecten a cada quintil.

GRÁFICA 17 Mezcla anticonceptiva (%) entre las MUEF por quintiles, 2002



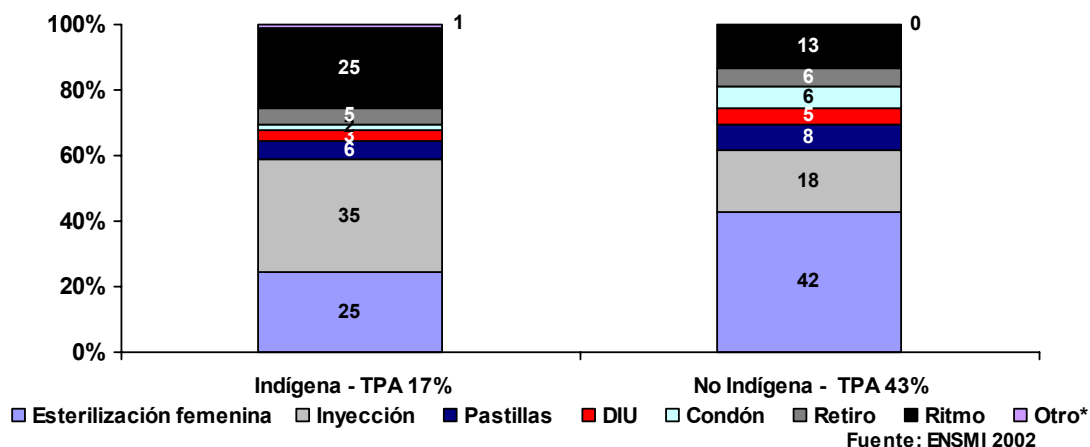
Fuente: ENSMI 2002

Algunos de los hallazgos más importantes son los siguientes:

- En todos los quintiles, la esterilización femenina es el método más utilizado. Sin embargo, se nota una diferencia entre el uso en el quintil más bajo Q1 (33%) y el uso en el quintil más alto Q5 (45%).
- Existe una gran variación en la proporción de uso de inyecciones según el quintil Q1: 33%, Q5: 12%, en contraste con la proporción del DIU según el quintil Q1 (0%), Q5 (8%).
- Las inyecciones y los métodos tradicionales son elegidas más por las mujeres en el quintil más bajo Q1 y el quintil medio bajo Q2.
- La vasectomía es elegida más por los quintiles intermedios Q3, medio alto Q4 y alto Q5.
- La proporción de uso de píldoras es parecida en todos los quintiles, pero un poco más en los quintiles más bajos que en los quintiles más altos (Q1: 10%, Q5: 7%).
- La proporción del uso de métodos tradicionales (ritmo y retiro) es mayor en quintiles más bajos que en quintiles más altos (Q1: 24%, Q5: 16%).

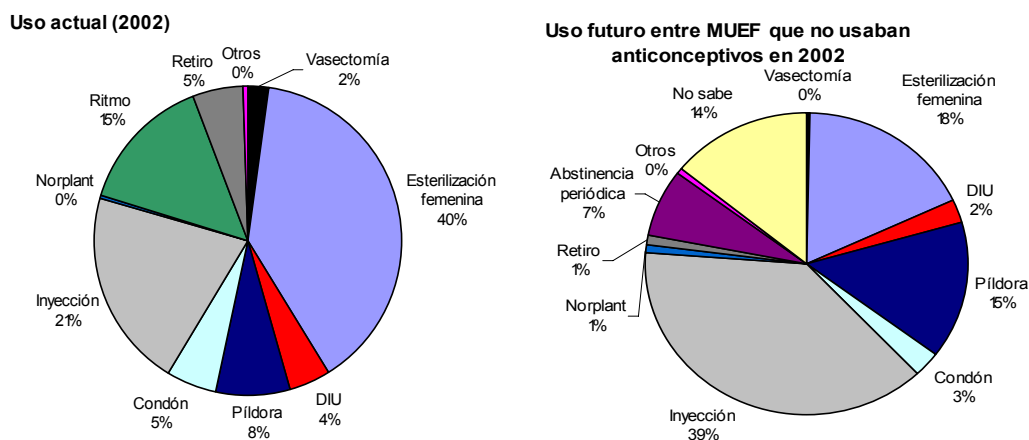
En Guatemala, las disparidades más grandes en la mezcla de anticonceptivos se observan entre los grupos indígena y no indígena. La Gráfica 18 muestra que los métodos tradicionales representan el 34% de los métodos seleccionados por las mujeres indígenas, mientras que el porcentaje entre población no indígena es solamente 19%. También la esterilización es más baja en las indígenas (25%), que en la población no indígena (42%). Finalmente, se puede observar una diferencia marcada en la preferencia por el uso de inyectables entre el grupo indígena (35%) y el grupo no indígena (18%).

GRÁFICA 18 Mezcla anticonceptiva (%) entre las MUEF por grupo étnico, 2002



La Gráfica 19 compara el porcentaje de mujeres en unión en edad fértil (MUEF), que no usaban anticonceptivos y que preferían usar algún método en el futuro, con las MUEF que usaban anticonceptivos al momento de la encuesta. El 38% de las mujeres usarían inyecciones versus el uso actual de 21%. En el caso de las píldoras, el 15% preferirán usarlas, mientras que el uso actual es de solamente 8%. En contraste, el 18% de las mujeres que no usaban anticonceptivos, expresaron que optarían por la esterilización. Esta preferencia es congruente con la reducción observada en la preferencia de este método entre 1995 y 2002 (Gráfica 16). Además se puede observar que solamente el 7% practicarían el retiro versus el 5% en 2002. También habría una preferencia por la abstinencia en vez de otros métodos tradicionales como el ritmo y retiro. El uso futuro de métodos tradicionales sería menor que el actual (8% vs. 20%). Estos hallazgos deben tomarse en cuenta para garantizar la libre elección de las parejas que desean usar anticonceptivos en el futuro.

GRÁFICA 19 Método preferido para usar en el futuro entre las MUEF (% que no usaban en 2002) versus mezcla anticonceptiva entre las MUEF (% que usaban en 2002)



Fuente: ENSMI 2002

CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y NECESIDAD DE ANTICONCEPTIVOS

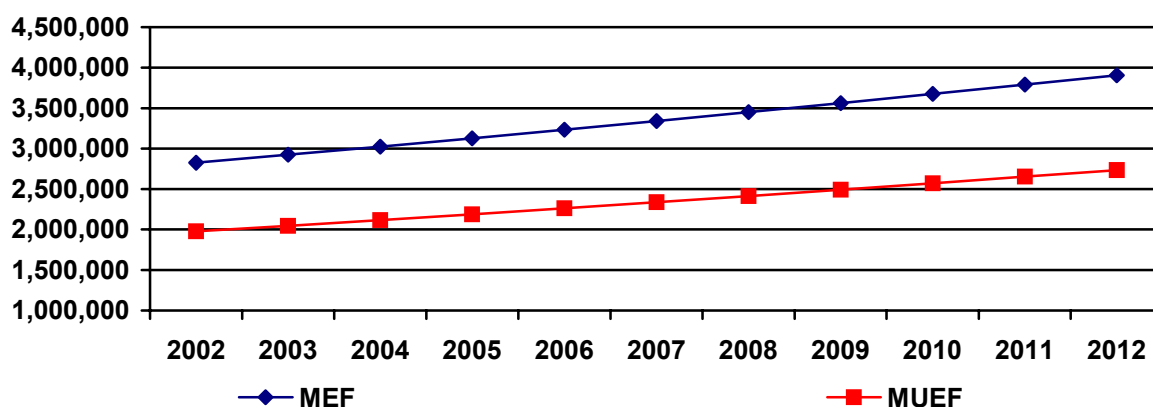
Para proyectar el crecimiento poblacional y el uso de la planificación familiar hasta el año 2012, se ha utilizado el sistema de modelos SPECTRUM, el cual es un Sistema de Modelos para Análisis de Políticas que permite realizar, entre otros, proyecciones de población, y requerimientos de anticonceptivos, a fin de que los países alcancen sus metas de práctica anticonceptiva o de fecundidad deseada.¹⁸ Este sistema de modelos simula los cambios en el tiempo, basados en supuestos determinados por el usuario, así como datos demográficos. Por esta razón, SPECTRUM es una herramienta valiosa para modelar diferentes escenarios y resultados, para guiar los procesos de política y abogacía que incidan en mejorar el acceso a los anticonceptivos.

En esta sección se plantea un posible escenario, basado en ciertos supuestos y datos demográficos utilizados por el equipo de estudio:

- Este escenario reduciría el 80% de la necesidad insatisfecha en 2020, logrando una TPA de 50% en 2008, 55% en 2012 y 65% en 2020. La necesidad insatisfecha en 2008 se reduciría de 27 a 20%.
- Los resultados de este escenario son congruentes con las metas del Plan Estratégico de Reducción de la Mortalidad Materna del MSPAS (2004 - 2008). En dicho plan el MSPAS plantea aumentar la TPA de 43% a 50% en 2008 y reducir la necesidad insatisfecha de 27% a 20% en 2008.

Los resultados del posible crecimiento de las mujeres en edad fértil (MEF) y mujeres en unión en edad fértil (MUEF) se muestran en la Gráfica 20.

GRÁFICA 20 Crecimiento de la población (proyecciones)



Fuente: ENSMI 2002

En diez años, se anticiparía un crecimiento aproximado de 1.1 millones de mujeres en edad fértil (MEF) (de 2.8 a 3.9) y un crecimiento de 758 mil mujeres en unión en edad fértil (MUEF) (de 2 a 2.7).

18 DEMPROJ, un programa computarizado para calcular proyecciones de población. Proyecto POLICY II, enero 2001

En base al crecimiento de las MEF y MUEF, la Tabla 2 presenta la proyección de la cantidad de métodos anticonceptivos modernos que serían necesarios para cubrir la demanda de las mujeres unidas en edad fértil, que se sumarían cada año en este escenario. El detalle de los supuestos en el cambio de mezcla se presenta en el **Anexo 9**:

Tabla 2: Incremento proyectado de métodos modernos

Con 80% de la demanda insatisfecha cubierta en 2020 (2002 - 2012) en las MUEF y cantidades por método (en miles)						
Método	# de MUEF 15 - 49 años (en miles)			Cantidades (en miles)		
	2002	2012	Incremento	2002	2012	Incremento
Condomes	45	117	160%	5,445	13,361	147%
Esteril. Femenina	331	612	85%	57	92	61%
Inyecciones	178	393	121%	710	1,495	110%
DIU	37	92	148%	14	31	123%
Píldora	67	149	122%	1,006	2,122	110%
Total	658	1363	107%	7,187	17,101	137%

Fuente: ENSMI 2002 y proyecciones en modelo SPECTRUM

Supuestos aplicados:

- Cambios en la mezcla de métodos (ver **Anexo 9**)
- Reducción de la necesidad insatisfecha de 27% en 2002 a 5.4% en 2020
- La proyección de condones se basa en el uso que reportaron las mujeres para planificación familiar

La información presentada en la Tabla 2 muestra el desafío de atender las necesidades adicionales de las mujeres unidas en edad fértil que se sumarían cada año hasta el año 2012, tomando en cuenta que en 10 años el volumen total de anticonceptivos aumentará 137%, a un ritmo promedio anual de 13.7%, para lograr la meta de reducir la necesidad insatisfecha en un 80% y aumentar la TPA en 65% para el año 2020.

SEGMENTACIÓN DEL MERCADO

PAPEL DE LOS SECTORES PÚBLICO Y PRIVADO EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS

El concepto de segmentación de mercado es fundamental en la DAIA. Para lograr la sostenibilidad futura, es importante considerar el papel que juegan todos los sectores que participan en la provisión de métodos anticonceptivos en el país. Teniendo en cuenta los recursos limitados en el sector público, se hace necesario priorizar la población que requiere de mayores subsidios y que representa la población a servir por el MSPAS, es decir, los quintiles pobres (Q1 y Q2).

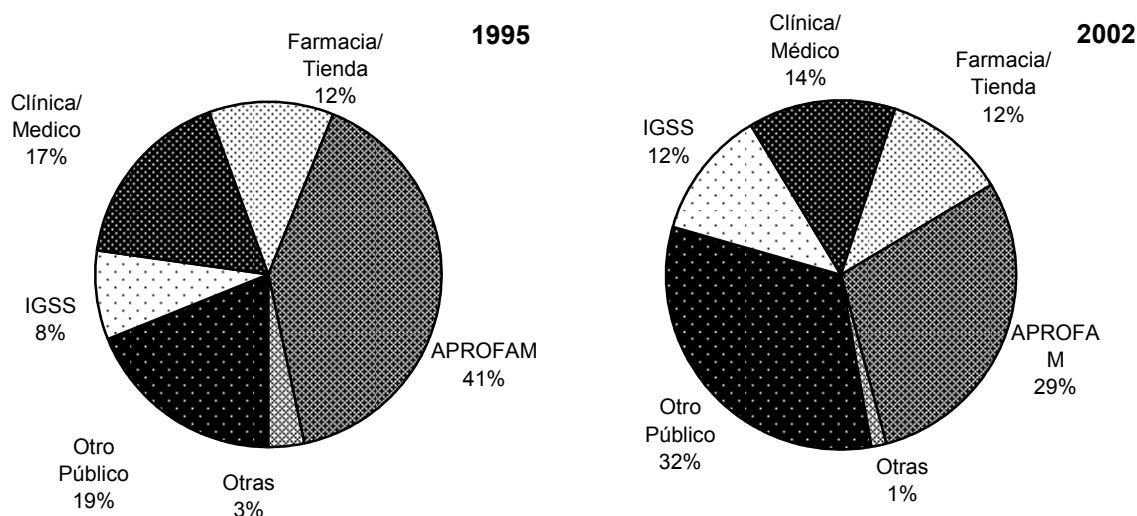
A pesar de que la segmentación del mercado suele variar de un país a otro, lo importante es garantizar el acceso a cada segmento con equidad y racionalizando los recursos limitados, particularmente del MSPAS. Hay diferentes factores que pueden afectar la segmentación del mercado, como las políticas del sector público, el apoyo a los programas de planificación familiar, los precios de los anticonceptivos y de las consultas, la situación socioeconómica del país en general, y las barreras que tenga el sector comercial para importar y distribuir los anticonceptivos.

Para analizar la situación en Guatemala, se identificaron quiénes son los proveedores de anticonceptivos y servicios de PF, así como su participación en el mercado.

PROVEEDORES DE SERVICIOS Y FUENTE DE ABASTECIMIENTO DE LAS USUARIAS

En Guatemala, según las ENSMI 1995 y 2002, la provisión de servicios a través de los sectores público y privado estaba compuesta de la siguiente manera:

GRÁFICA 21 Fuentes de abastecimiento



Fuente: ENSMI 2002

La Gráfica 21 muestra que entre 1995 y 2002, el IGSS y otro público (MSPAS) crecieron en su porcentaje de cobertura del mercado total de anticonceptivos. El sector público (MSPAS) aumentó 13 puntos porcentuales, mientras que el IGSS aumentó 4 puntos porcentuales. Durante este mismo período, APROFAM-ONG disminuyó 12 puntos porcentuales, y las farmacias, las clínicas y los médicos privados se mantuvieron relativamente igual.

Es importante resaltar que el MSPAS fue el mayor proveedor de métodos modernos en 2002 (32%), y probablemente su crecimiento se debe a la mejor disponibilidad de anticonceptivos, acompañados de una estrategia de capacitación y procesos interinstitucionales de IEC en la comunidad y de extensión de cobertura de los servicios de PF en hospitales, centros y puestos de salud. Este crecimiento contrasta con el volumen de servicios de APROFAM-ONG, que experimentó un descenso en cobertura a partir de 2000.

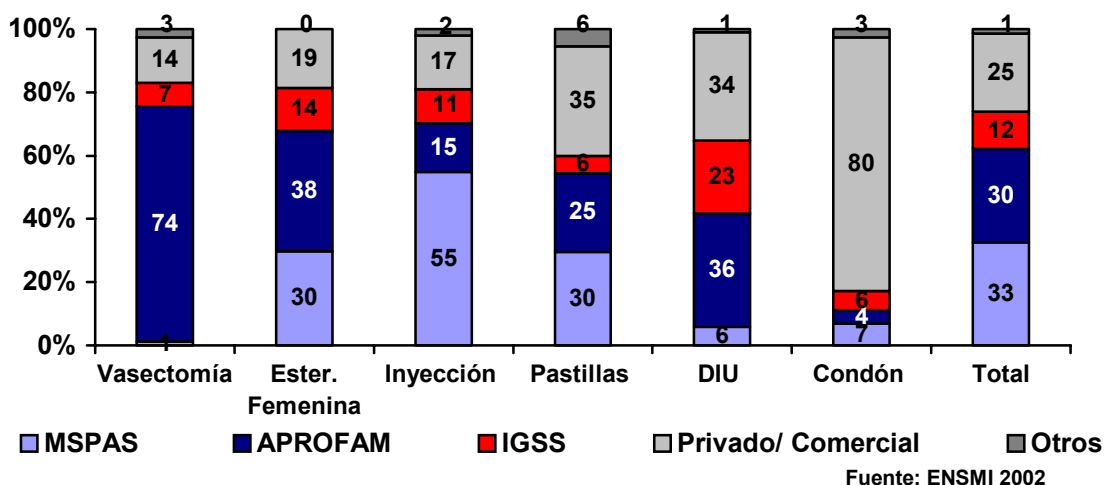
Entre 1995 y 2002, la cuota de mercado de APROFAM-ONG bajó de 41% a 29%, un total de 12 puntos porcentuales. A pesar de esta disminución, APROFAM-ONG siguió siendo una de las principales proveedoras de anticonceptivos en el país en 2002. La disminución en la cobertura de APROFAM-ONG probablemente coincide en cierta medida con factores como la mayor disponibilidad de anticonceptivos gratuitos en el MSPAS y la disminución del poder adquisitivo de ciertos estratos de la población, que prefieren obtener los anticonceptivos gratuitos del MSPAS.

No obstante la disminución de la participación en el mercado de APROFAM-ONG, es importante destacar que esta organización, y el resto de proveedores, tienen potencial de aumentar su participación en el mercado debido a la alta necesidad insatisfecha. Este potencial para ampliar el acceso a los servicios de PF también se refleja en dos estudios cualitativos de cobertura de servicios de PF realizados en 2004 y

2005 con el apoyo técnico y financiero de la USAID, a través del Proyecto Calidad en Salud.¹⁹ Estos estudios incluyen un análisis de la necesidad insatisfecha por departamento, y plantea que la demanda excede a la oferta de servicios de PF. Además, en la mayoría de regiones y departamentos, aún existen oportunidades para que los proveedores atiendan a las parejas en los segmentos de mercado, donde su ventaja comparativa es mayor.

En la Gráfica 22 se aprecia la diversidad en la fuente de obtención de anticonceptivos modernos según el método. Se observa que la mayoría de las mujeres acuden al sector privado/comercial y APROFAM-ONG para obtener condones y píldoras. Esto puede atribuirse a que APROFAM-ONG y las farmacias tienen una oferta más amplia de píldoras, y también a la capacidad de pago de las personas que acuden a APROFAM-ONG.

GRÁFICA 22 Usuarías entre las MUEF por método y fuente (%), 2002



A continuación se analiza la participación de cada uno de los proveedores:

MSPAS

El MSPAS es el principal proveedor de inyecciones, cubriendo el 55% del mercado, lo que puede reflejar la preferencia de las mujeres en el área rural de usar un método discreto, y que además se ofrece en forma gratuita. El MSPAS cubre un mínimo porcentaje del mercado de la vasectomía y el DIU. El estudio de Barreras Médicas a la PF (2003) demuestra que aún existen sesgos del proveedor y restricciones institucionales hacia ciertos métodos, en particular el DIU.

ONG contratadas por el MSPAS

De acuerdo a la ENSMI 2002, en el cuadro de fuente de suministro de métodos modernos, la cobertura de los centros comunitarios, el promotor de salud, el médico ambulatorio y el guardián de la salud corresponden al sector público.

Este sector cubre el 2% de la demanda de métodos modernos. Los promotores de salud atienden al 12% de mujeres que usan píldoras, similar al que atienden en los centros de salud que equivale a 11%.²⁰ Este

19 Análisis Del Mercado (Oferta y Demanda) De Anticonceptivos y Planificación Familiar En Guatemala, 2004, Informe Preliminar Proyecto Calidad en Salud. Estudio De Segmentación Del Mercado, Demanda y Oferta De Anticonceptivos y Servicios De Planificación Familiar En Guatemala, 2005, Informe Preliminar Proyecto Calidad en Salud

20 Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI 2002), pág. 90, Cuadro 5.11

hallazgo contrasta con el porcentaje de entrega de píldoras del personal comunitario de las ONG del PEC, que en 2003 fue el 1% del total del consumo reportado por las organizaciones.²¹

Sector privado (clínicas, médicos privados y farmacias)²²

Las clínicas y médicos privados cubren menos del 1% de la demanda de píldoras, y en contraste atienden al 35% de usuarios de DIU y al 19% de las usuarias de esterilización femenina voluntaria.

Por su lado, las farmacias privadas cubren un importante porcentaje (75%) de los usuarios de condón, el 34% de las usuarias de píldoras y aproximadamente el 10% de las usuarias de inyecciones.

El sector privado en conjunto contribuye con el 25% de la cobertura de usuarios(as) de métodos modernos.

IGSS

El IGSS cubre el 23% de usuarias de DIU, el 14% de usuarias de esterilización femenina voluntaria y el 7% de usuarios de vasectomía. El IGSS también está cubriendo cierto porcentaje de las inyecciones (11%). Estos porcentajes corresponden a la ENSMI 2002, y un año después el IGSS suspendió los servicios de PF. Esta decisión probablemente se reflejará en una disminución de la cobertura del IGSS en la próxima encuesta que se realizará en 2007.

APROFAM-ONG

APROFAM-ONG es la principal proveedora de métodos de largo plazo, DIU (36%), esterilización femenina (38%) y vasectomía (74%). También toman cuenta de un porcentaje importante del mercado de inyectables (15%) y píldoras (25%). Estos porcentajes pueden atribuirse a la atención de calidad, la infraestructura disponible y los proveedores capacitados para atender la demanda de DIU y esterilizaciones voluntarias.

FOCALIZANDO LOS RECURSOS DEL SECTOR PÚBLICO

La LDS en su artículo 16, inciso 3, establece que el Estado asignará recursos humanos, técnicos y financieros para el desarrollo y bienestar de poblaciones en “áreas precarias”. El Gobierno de Guatemala ha impulsado dos estrategias importantes para cumplir con este mandato: la primera, es el programa de extensión de cobertura de los servicios de salud y la segunda, es priorizar y focalizar las acciones para el combate de la desnutrición y la hambruna en áreas cuyo perfil así lo requieren.

La focalización es una estrategia que permite identificar qué parte de la población requiere concentración de recursos en razón de su baja TPA, sus necesidades insatisfechas y su vulnerabilidad. El análisis de segmentación del mercado es usado como un instrumento de política, y apoya al país en focalizar sus recursos y esfuerzos para crear oportunidades para los sectores público y privado, de tal forma que coordinen para satisfacer las necesidades de planificación familiar, visualizando el mercado total. Esto reviste mayor importancia en un medio de escasez de recursos, especialmente en los países latinoamericanos, que en su mayoría experimentan déficit fiscal y una reforma tributaria que limita el aumento de ingresos por la vía del impuesto.

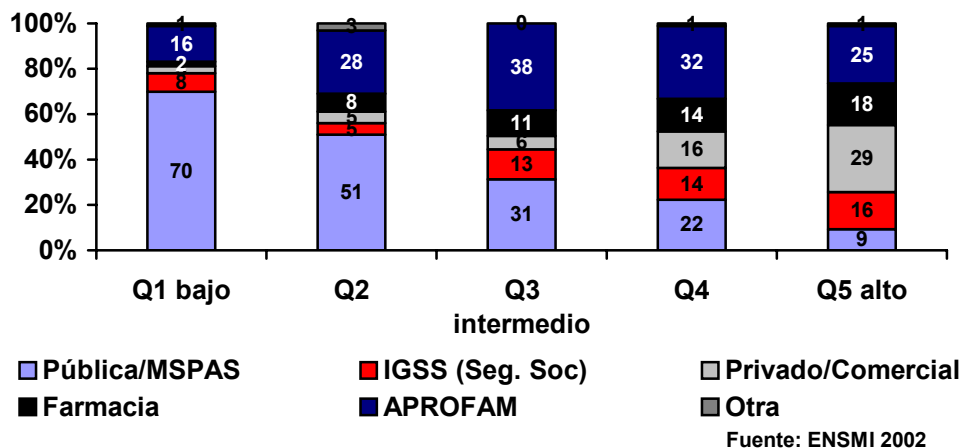
Dados los diferentes objetivos de los sectores público, ONG y comercial, es posible identificar sus funciones complementarias en la prestación de productos y servicios de planificación familiar.

21 Herramienta PipeLine y el Informe de Entrega de Métodos del PEC 2003.

22 Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI 2002), pág. 90, Cuadro 5.11

A continuación, en la Gráfica 23 se observa que algunos segmentos de la población podrían adquirir los anticonceptivos de otras fuentes (farmacias, sector comercial) puesto que cuentan con mayor capacidad de pago que las usuarias de estratos muy pobres y con mayor necesidad insatisfecha (ver Gráficas 13 y 15).

GRÁFICA 23 Usuarías entre las MUEF por quintil y fuente de método (%), 2002



Por ejemplo, en la Gráfica 23 se observa que un porcentaje importante del Q3 (31%), Q4 (22%) y Q5 (9%) utilizan los servicios del MSPAS, mientras que parte del Q1 (16%) recurre a APROFAM-ONG. También se puede observar que los quintiles más altos usan APROFAM-ONG para obtener muchos de sus servicios, Q4 (32%) y Q5 (25%), mientras que el Q1 experimenta graves problemas de acceso y una necesidad insatisfecha muy alta (ver Gráfica 15). También se puede observar que el IGSS cubre muy poco del mercado total y están prestando servicios a todo segmento, con poca variabilidad entre quintiles. También se puede notar que los servicios del MSPAS están concentrados en los sectores más vulnerables, mientras los segmentos con más poder adquisitivo están acudiendo principalmente al sector comercial y a APROFAM-ONG.

Algunos de los hallazgos más importantes son los siguientes:

- El MSPAS, incluidas las ONG del PEC, tiene la mayoría de sus clientes en el Q1 (70%) y Q2 (51%) y su cobertura disminuye conforme los segmentos aumentan en poder adquisitivo. No obstante, una proporción significativa del Q3 (31%) y Q4 (22%) usan los servicios del sector público.
- APROFAM-ONG está atendiendo a todos los quintiles, con énfasis en el Q3 (38%) y Q4 (32%). Se puede notar que la cobertura de APROFAM-ONG no necesariamente tiene correlación a nivel socioeconómico del cliente. Sin embargo APROFAM-ONG está llegando a los quintiles con menos poder adquisitivo (Q1 – 16%, Q2 – 28%). Esto se puede explicar por la cobertura del programa de desarrollo rural, por medio de los promotores voluntarios.
- El IGSS cubre solamente al 12% de la población y sirve a todos los quintiles con énfasis en los quintiles Q3 (13%), Q4 (14%) y Q5 (16%). Este hallazgo llama la atención, tomando en cuenta que el IGSS cuenta con recursos suficientes para aumentar la cobertura de los servicios de PF. Especialmente en la actualidad, con la reincorporación del programa de salud reproductiva y el plan de regionalización impulsado por el Instituto.
- El sector privado atiende a una proporción amplia de la población en todos los segmentos menos el Q1 (5%). Su mercado se encuentra principalmente en los quintiles más ricos Q4 (30%) y Q5 (47%). La demanda atendida por las farmacias y otros actores en el sector privado, coincide con los estudios de

gasto en salud, donde se demuestra que el 86% del gasto privado viene de los hogares, o gasto de bolsillo. De este gasto, un 37 por ciento se emplea en medicamentos.²³

El análisis de la demanda y uso de anticonceptivos en Guatemala muestra que han ocurrido avances sobresalientes en la última década, tanto en la demanda y conocimiento de los servicios de PF, como en la respuesta de los proveedores para brindar los servicios e insumos. Sin embargo, todavía hay disparidades en el acceso, y el país enfrenta un gran desafío para continuar disminuyendo las brechas, especialmente en los grupos vulnerables. Uno de los elementos que contribuye a disminuir las brechas es la disponibilidad de anticonceptivos, tema que se aborda en la siguiente sección.

23 MSPAS Guatemala 1999-2003, Situación de la Salud y su Financiamiento

LOGÍSTICA

Durante el presente estudio, se diseñó, validó y aplicó un cuestionario para recolectar algunos indicadores logísticos, con el fin de conocer el funcionamiento del sistema logístico. Se realizaron 25 entrevistas en 23 establecimientos, a personal de salud en la bodega central, Dirección de Área de Salud (DAS), hospitales, centros y puestos de salud, ONG del PEC y centros de convergencia. El **Anexo 2** contiene el listado de los lugares visitados. Los servicios visitados se escogieron por medio de una muestra de conveniencia, la cual se determinó en base a un listado de las DAS proporcionado por el PNSR. Este listado organiza las DAS según su desempeño logístico, medido de acuerdo al abastecimiento que han reportado durante los dos autoinventarios físicos anuales. Es importante destacar que la práctica de los dos autoinventarios físicos se inició en 2001 y se ha institucionalizado en años recientes.

Los datos recolectados del MSPAS no son comparables con estudios de logística anteriores, ni pueden generalizarse a nivel nacional. Las visitas sirvieron únicamente para conocer, en forma general, el funcionamiento del sistema logístico del MSPAS. Se observó que algunos de los hallazgos del estudio son consistentes con evaluaciones anteriores del sistema logístico, por lo que será útil realizar una evaluación similar a la de años anteriores, para determinar si los hallazgos incluidos aquí, son representativos del nivel nacional.

Al final de esta sección se presenta el desempeño histórico del sistema de administración logística de anticonceptivos del MSPAS en los años 1999 a 2005. El desempeño del sistema fue evaluado mediante Encuestas del Sistema Logístico a nivel nacional y los dos autoinventarios anuales, a nivel nacional, realizados bajo la dirección y el liderazgo del PNSR, los cuales se realizan en forma institucionalizada.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (MSPAS)

El Sistema de Administración Logística de Anticonceptivos es administrado en forma vertical y centralizada por el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) del MSPAS, para atender la demanda de los hospitales, centros y puestos de salud.

El Sistema de Administración Logística de Anticonceptivos de las ONG del PEC del MSPAS, es administrado en forma paralela al PNSR y la oficina responsable es la “Unidad de Prestación de Servicios” (UPS1). El sistema logístico de las ONG se describe más adelante en esta sección y también es administrado en forma vertical y centralizada, con la subcontratación de los servicios de distribución de APROFAM-ONG.

Aunque el sistema de Administración Logística de Anticonceptivos es vertical y centralizado, hay dos funciones que están integradas. El sistema de información es una de estas funciones debido a que se usan los mismos instrumentos para anticonceptivos y medicamentos. Al mismo tiempo, el sistema de información es altamente centralizado porque su uso está normado desde el nivel central para aplicarse en las 27 Direcciones de Área de Salud (DAS).²⁴⁻²⁵ Los instrumentos de registro y reporte también son usados por las ONG del PEC del MSPAS.

La función de supervisión y monitoreo será integrada a partir de abril de 2006, con la formación de una Unidad de Logística, cuya función principal será normar y monitorear con un enfoque integrador la adecuada disponibilidad de medicamentos, anticonceptivos, vacunas y otros suministros.

24 Manual de Normas y Procedimientos de Logística de Productos Farmacéuticos y Afines del MSPAS de Guatemala Agosto 2002.

25 Guía de Manejo de Medicamentos 2005.

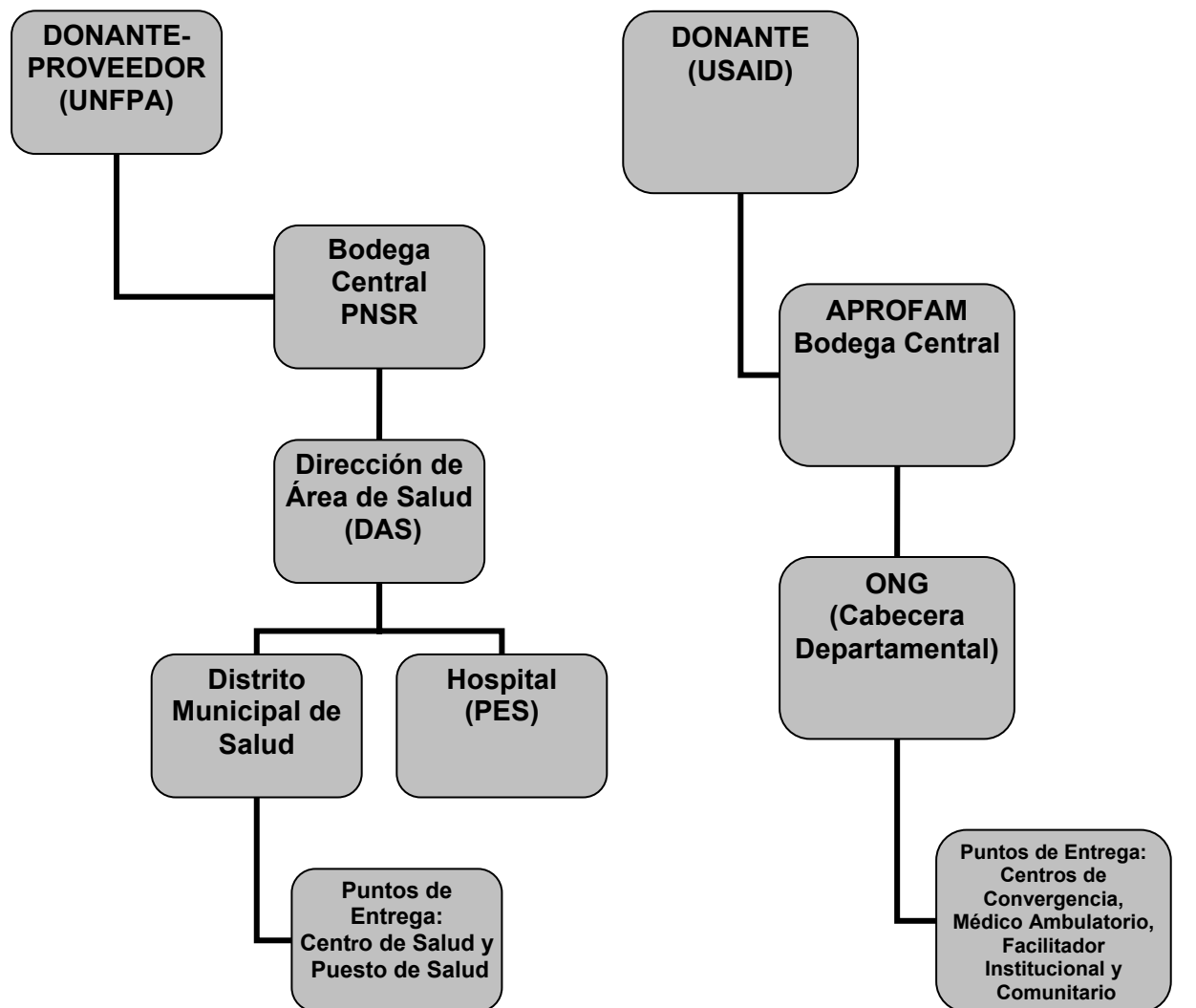
Durante los últimos ocho años, el MSPAS ha dirigido una serie de esfuerzos para mejorar y rediseñar algunos de los elementos del sistema de administración logística de anticonceptivos. Por ejemplo, en el año 2000, se iniciaron una serie de intervenciones para fortalecer aspectos como las normas de entrega a usuarios, la documentación de los procedimientos para la gestión logística, las estimaciones en base a consumo, el sistema de distribución y de control de inventarios, las condiciones de almacenamiento y el sistema de información.

Entre las intervenciones que sobresalen está una estrategia intensa de capacitación a todo nivel (DAS, Distritos, Puestos de Salud y las ONG contratadas por el MSPAS); además se diseñó e implementó el sistema automatizado de información logística llamado “Módulo de Logística”.

SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN - MSPAS

A continuación se presenta la estructura básica del sistema de distribución de anticonceptivos, y se muestran los dos sistemas paralelos para distribuir a las DAS, Distritos y PES; y a las ONG del Programa de Extensión de Cobertura:

GRÁFICA 24 (1) MSPAS - Distribución a DAS, Distritos y PES y (2) MSPAS - Distribución a ONG



En el primer flujograma de la Gráfica 24, se observan 4 niveles de distribución (Bodega Central a PES). Los anticonceptivos fluyen de la bodega central del PNSR, hacia las DAS que recogen los anticonceptivos en la bodega central. Luego los distritos recogen en la DAS y la mayoría de centros y puestos de salud recogen los insumos en el distrito. Los hospitales también recogen los anticonceptivos en las DAS. La excepción a esta estructura básica se observa en los departamentos de Totonicapán y Petén Norte, donde la DAS distribuye directamente a los distritos y puestos de salud, por lo que se convierte en un sistema de 3 niveles de distribución.

En el segundo flujograma de la Gráfica 24, se observan 3 niveles de distribución (Bodega de APROFAM-ONG a PES). Las donaciones de USAID se almacenan en la bodega central de APROFAM-ONG, luego los anticonceptivos son distribuidos a las sedes departamentales de las ONG del PEC. Esta distribución es subcontratada por APROFAM-ONG y los envíos los realiza una empresa privada de courier. Luego los médicos ambulatorios o facilitadores institucionales recogen los anticonceptivos en la ONG, para ser entregados a los usuarios(as) en los centros de convergencia.

El sistema de control de inventarios se basa en máximos y mínimos, definidos de la siguiente forma:

TABLA 3 MSPAS - PNSR (DAS, Distritos, Hospitales, CS, PS)

Nivel	Máximo y mínimo expresado en meses
<i>Bodega Central PNSR</i>	12 y 6
<i>DAS</i>	4 y 2
<i>Distritos</i>	3 y 1
<i>Hospitales, centros (post consulta) y puestos de salud</i>	3 y 1

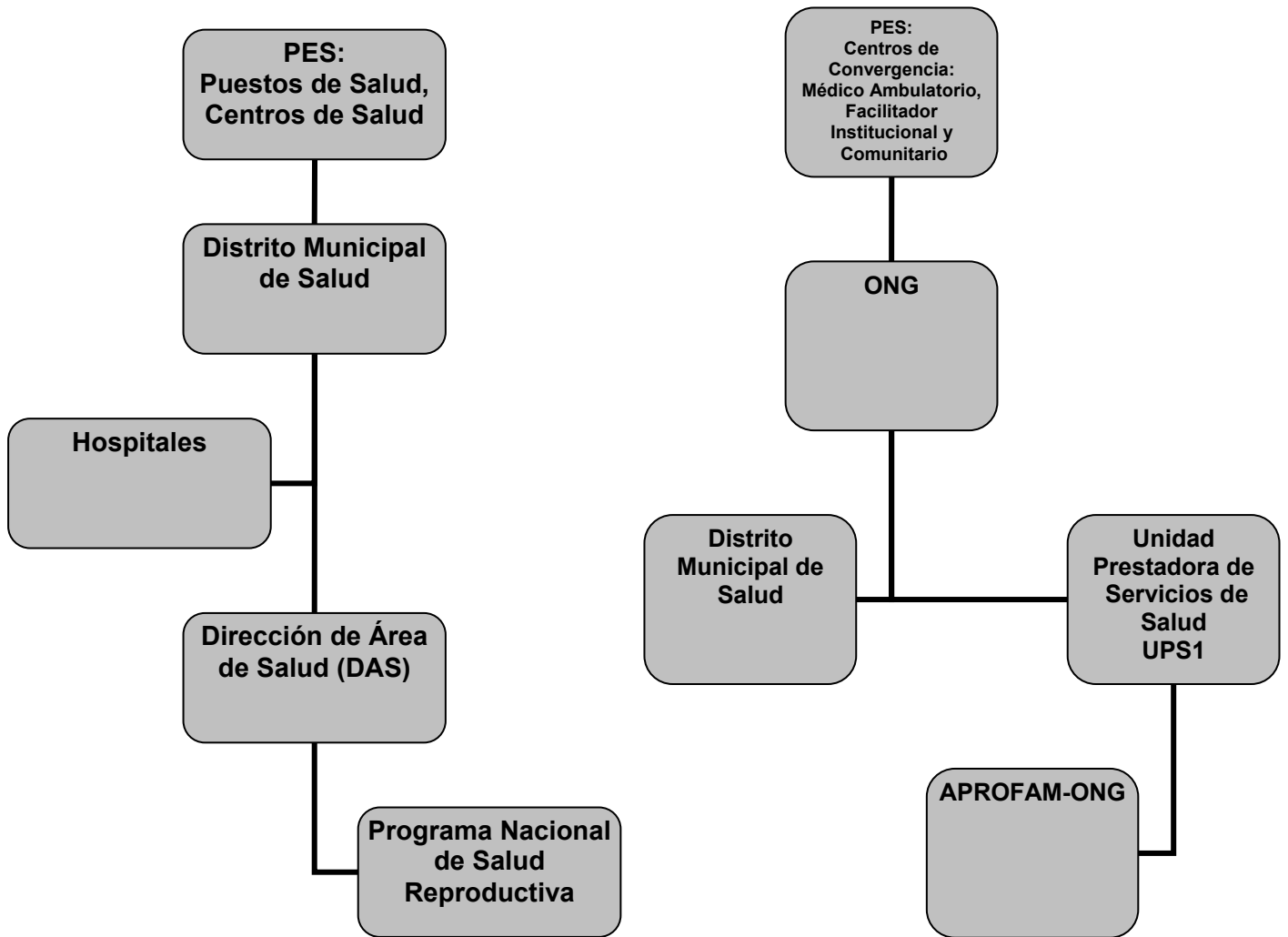
TABLA 4 MSPAS – ONG del PEC

Nivel	Máximo y mínimo expresado en meses
<i>Bodega APROFAM-ONG</i>	9 y 3
<i>ONG en sede departamental</i>	6 y 3
<i>Centros de convergencia</i>	3 y 1

SISTEMA DE INFORMACIÓN LOGÍSTICA MSPAS

A continuación se presenta el flujograma básico del Sistema de Información Logística de Anticonceptivos y se muestran los dos sistemas de información paralelos para reportar la información logística desde los PES al PNSR; y de los PES de las ONG del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) a UPS1 en el nivel central:

GRÁFICA 25 (1) MSPAS - Flujo de información DAS al PNSR y (2) MSPAS - Flujo de información ONG a UPS1



La Tabla 5 detalla los instrumentos del sistema de información logística del MSPAS y su uso:

Tabla 5 MSPAS - Listado de instrumentos (de registro, recolección y reporte de datos esenciales de logística)

Tipo de instrumento	Propósito	Instrumento	Norma para su uso
Registro (se queda en el servicio)	- Registro de pacientes, consulta y entrega de medicamentos	SIGSA 3 y 4	Lo llena la enfermera auxiliar, profesional o médico. La usuaria firma al recibir el medicamento
Registro (se queda en el servicio)	- Cuantificar el medicamento entregado y no entregado a pacientes	Registro Diario de Demanda Real	Se llena a diario, el total del día se traslada al Kardex de bodega (en el Puesto de Salud)
Registro (se queda en el servicio)	- Control de existencias	Kardex (Tarjeta de Control de Suministros)	Numerado y aprobado por Contraloría, se llena con lapicero
Reporte (sube al nivel superior y queda una copia en el servicio)	- Movimiento entre bodegas - Solicitud de insumos - Reporte de datos esenciales	BRES: Balance, Requisición y Envío de Suministros (Anexo 10)	Llena mensualmente manual o en el Módulo de Logística, según calendario logístico
Reporte (sube al nivel superior)	Resumen consumo y existencias de varios niveles	BRES consolidado en Distrito y DAS	Lo envían al PNSR y al SIGSA para descargar información en el Módulo de Logística

Este listado de formularios se utilizan en todos los establecimientos del MSPAS: DAS, hospitales, centros y puestos de salud; y ONG contratadas por el MSPAS.

SISTEMA LOGÍSTICO DE LAS ONG CONTRATADAS POR EL MSPAS

A partir de 1996, una de las innovaciones en el marco de la reforma del sector salud en Guatemala consistió en la contratación de las ONG para la extensión de cobertura de servicios básicos de salud. A partir del 2003 las ONG empezaron a ofrecer los tres anticonceptivos que definen las normas de atención para este nivel: píldoras, Depo-Provera® y condón. Cada ONG cuenta con personal capacitado en administración logística de anticonceptivos, entre quienes están contadores, gerentes, gestores distritales, médicos ambulatorios y facilitadores institucionales.

El sistema logístico de las ONG del PEC es vertical y centralizado, al igual que el sistema logístico de anticonceptivos que administra el PNSR.

Para distribuir los anticonceptivos donados por la USAID a las ONG del PEC, el MSPAS y APROFAM-ONG suscribieron un convenio de distribución de anticonceptivos, donde el rol de APROFAM-ONG es recibir los embarques de anticonceptivos, almacenarlos y distribuirlos por medio de un servicio de courier local a la sede departamental de cada ONG, a un costo por distribución definido por APROFAM-ONG y acordado por el MSPAS. APROFAM-ONG también es el responsable de administrar la herramienta PipeLine para monitorear los embarques de las donaciones de la USAID y las estimaciones de pedidos futuros. Por su lado, el MSPAS es responsable de asignar recursos financieros en los convenios de cada ONG para pagar el costo de distribución a APROFAM-ONG, velar para que existan registros logísticos y fluyan al nivel central para monitoreo y retroalimentación, así como la institucionalización de un sistema

ágil de monitoreo y supervisión.²⁶ El convenio suscrito se renovó hasta el 31 de diciembre de 2006, y UPS1 está analizando si renuevan el convenio con APROFAM-ONG o, a partir de 2007, la distribución y el monitoreo de las ONG se realice a través de las DAS y los Distritos Municipales de Salud.

Las ONG entregan servicios de PF a las usuarias y usuarios a través de los médicos ambulatorios, facilitadores institucionales y comunitarios (**ver Anexo 8**).

El sistema de información logística se basa en los mismos instrumentos de registro y reporte que usan para los hospitales, centros y puestos de salud; es decir, los SIGSA 3 y 4, el SIGSA 6, el Registro Diario de Demanda Real (RDDR), la Tarjeta de Control de Suministros y el BRES. El sistema de información está diseñado para que la información suba por medio del BRES, de los centros de convergencia hacia la sede de la ONG, luego hacia la oficina central del MSPAS “Unidad Prestadora de Servicios en el nivel 1” (UPS1). En UPS1 agregan la información y envían los informes a APROFAM-ONG para actualizar el PipeLine.

En las visitas de campo a 3 ONG y 3 centros de convergencia, se observó que la información no fluye de manera oportuna a UPS1 y por consiguiente, es difícil mantener actualizado el PipeLine. Por otro lado, se observó que existen obstáculos en los procedimientos de reabastecimiento, en especial de índole presupuestaria, porque los recursos asignados para el pago del transporte que subcontrata APROFAM-ONG, no siempre son suficientes para realizar varios pedidos al año. En algunos casos, esto está afectando el abastecimiento oportuno de anticonceptivos.

El personal de la UPS1 indicó estar implementando un nuevo sistema automatizado de información administrativo-financiera para las ONG, el cual incorpora la información logística de anticonceptivos y medicamentos. Este sistema de información es paralelo al Módulo de Logística del SIGSA.

En cuanto a las condiciones de almacenamiento, los anticonceptivos permanecen la mayor parte del tiempo en la bodega de la ONG, donde mantienen condiciones de almacenamiento aceptables. Los anticonceptivos pasan menos tiempo en los centros de convergencia o en la mochila del personal comunitario, por lo que se considera que las condiciones de almacenamiento varían en este nivel de distribución. Se observó que practican el principio PEPE “primero en expirar, primero en entregar”.

A partir de 2004, el PEC del MSPAS implementó en algunas DAS un modelo de monitoreo y supervisión llamado “Unidad de Asistencia Técnica” (UAT), conformada con personal que coordina todas las acciones y apoya la gestión de las ONG en cada departamento. El objetivo de formar este grupo es mejorar la función de monitoreo administrativo, técnico y financiero a las ONG, y actualmente funcionan en todos los Departamentos del país.²⁷

ESTIMACIÓN DE NECESIDADES

El PNSR utiliza la herramienta llamada PipeLine desde 1999 hasta la fecha, la cual sirve para el monitoreo de la cadena de suministro, las adquisiciones y la estimación de necesidades basadas en el consumo. La herramienta PipeLine permite generar una serie de reportes para monitorear los pedidos y el inventario de anticonceptivos de un programa. Algunos de los reportes son: (a) condición de existencias; (b) gráficas de tendencia de consumo histórico y futuro; (c) cálculo automático del indicador “Años Protección Pareja” (APP); (d) resumen de los pedidos planeados, en tránsito y recibidos; (e) costo de los pedidos, por proveedor, por tipo de anticonceptivo y anuales.

El PNSR realiza la estimación de necesidades y los pedidos una vez al año, revisa la estimación seis meses después de determinar el requerimiento anual, y monitorea mensualmente cuando el consumo de

²⁶ Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y la “Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala – APROFAM ONG”, noviembre 2004 y marzo 2003.

²⁷ Información verbal de USAID 24-4-2006 y UPS1.

las 27 DAS se ingresa al PipeLine. El PNSR revisa la tendencia del consumo histórico y aplica un porcentaje de incremento anual, el cual se basa en el conocimiento de las intervenciones programáticas del PNSR para responder a la demanda futura. En los últimos dos años, con excepción de algunos casos, la mayoría de DAS han reportado mensualmente. Sin embargo el PNSR no ha monitoreado el porcentaje de subregistro dentro de cada DAS.

En el caso de la estimación de condones del PNSR, el PipeLine registra el consumo de condones del programa de planificación familiar, así como del programa para la prevención de ITS y VIH/SIDA.

La estimación de necesidades para las ONG del PEC del MSPAS las realiza APROFAM-ONG, en el marco del convenio con el MSPAS. APROFAM-ONG creó una base de datos en PipeLine para las ONG del PEC; sin embargo la calidad de la información de consumo y la disponibilidad oportuna de la misma enfrenta serias dificultades. Esto se debe a que los reportes de las ONG no fluyen a tiempo a UPSI y la falta de monitoreo a las ONG no garantiza la calidad de la información.

APROFAM-ONG, el IGSS e IPROFASA utilizan el PipeLine desde 1999 hasta la fecha, y aprovechan la herramienta en diferentes formas. Un aspecto a resaltar es que APROFAM-ONG e IPROFASA usan el PipeLine para anticonceptivos y otros medicamentos. APROFAM-ONG realiza su estimación anual de anticonceptivos en base a la información del PipeLine y monitorea mensualmente la situación de existencias para determinar la necesidad de ajustes a los pedidos. IPROFASA lo utiliza para monitorear la entrega de pedidos y registrar sus ventas, pero no utilizan todas las funciones del PipeLine. El IGSS utiliza el PipeLine solamente para registrar el consumo, y la estimación de requerimientos lo realiza en base al consumo promedio mensual, los saldos que recolectan manualmente de las unidades asistenciales, y le agregan un estimado de incremento anual.

ADQUISICIONES

Durante las últimas tres décadas, USAID fue la única donante de anticonceptivos para el MSPAS. Posteriormente, en el año 2002 el MSPAS firmó un convenio de cooperación de cuatro años con el UNFPA, con financiamiento del gobierno de Canadá, y por intermedio de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), para recibir condones, Depo-Provera® y píldoras. El convenio estipula aportes financieros graduales del MSPAS. Por otro lado, la última donación de DIU de la USAID al MSPAS la recibieron en noviembre de 2005. En el marco del convenio con el UNFPA, se programan los pedidos en base a la herramienta PipeLine y el UNFPA coordina con la Encargada de Logística y el Gerente Financiero para el pago del aporte que le corresponde al MSPAS. Los porcentajes de aporte del MSPAS se mencionan en la sección de financiamiento. A partir de 2007, el PNSR está analizando la alternativa de usar los servicios de agente de compra del UNFPA, de tal forma que continúen obteniendo las economías de escala que ofrece este mecanismo de adquisición de anticonceptivos. Este año sería la primera vez que el MSPAS suscribiría una carta de entendimiento para utilizar los servicios de agente de compras del UNFPA.

El MSPAS está en proceso de revisión de la Lista Básica de Medicamentos y los anticonceptivos están incluidos. Sin embargo, la lista aún no ha sido publicada en forma oficial. Asimismo, el IGSS ha incorporado los anticonceptivos en su lista básica de medicamentos desde 2000, lo que le permite realizar compras de emergencia, a través del mecanismo de compra directa.

MARCO LEGAL DEL PAÍS PARA LAS ADQUISICIONES

La Ley de Compras y Contrataciones del Estado es el marco legal para la compra de todo tipo de bienes y servicios del Estado. No se rigen por esta ley las disposiciones en convenios y tratados internacionales de los cuales Guatemala es parte, como lo son los convenios de donación bilaterales del MSPAS con la USAID y el UNFPA para la obtención de anticonceptivos.

La citada ley permite la importación de productos siempre y cuando los productos no se produzcan en el país o no se produzcan en cantidad suficiente para la necesidad respectiva y cuando no haya existencia de procedencia importada, ni representantes de proveedores o distribuidores debidamente acreditados en el mercado nacional o que habiéndolos, el precio de importarlos directamente, incluyendo derechos aduanales, impuestos, seguros, pasajes, viáticos y demás gastos atribuibles sean más bajos (15%) que el que tengan los mismos bienes en el mercado nacional (Art. 5 de la Ley).

Esta ley crea una figura sumamente interesante, denominada Contrato Abierto (Art. 46). Al utilizar este mecanismo, se exoneran los requisitos de licitación y cotización para la compra de bienes y suministros de los organismos del Estado y sus dependencias. Las compras pueden realizarse directamente dentro de una lista de proveedores y productos previamente calificados por el Ministerio de Finanzas Públicas (MFP). La lista de proveedores calificados y de productos farmacéuticos es elaborada en base a la cantidades estimadas de medicamentos que consume el Estado, de acuerdo al compromiso por parte de los proveedores del cumplimiento de normas técnicas solicitadas, y dentro de ciertos márgenes de precio. El MFP establece una comisión interinstitucional que evalúa las cotizaciones. Con ello se establece una cotización y adjudicación de productos y proveedores, y se aprovechan economías de escala a nivel centralizado para que las instituciones públicas compren de manera descentralizada, comprometiéndose a pagar en un mes posterior a la recepción de los insumos.

Según se plantea en el reglamento de la ley, este procedimiento es una herramienta administrativa de carácter centralizada que desarrolla un concurso abierto y competitivo para establecer proveedores de productos (medicamentos, material médico quirúrgico, etc.) y obtener los mejores precios.

El Código de Salud y el Reglamento para el control sanitario de los medicamentos y productos afines, exigen el registro sanitario de medicamentos previo a la importación y/o comercialización de los mismos.

Aunque los anticonceptivos no se compran en el mercado local, se observó que la transparencia en la compra de medicamentos en el mercado local se garantiza mediante una pre-calificación de proveedores, se evalúa la calidad del producto y su solvencia, y se exige que se respete el precio durante todo el año.

Sin embargo, en el caso que el MSPAS decidiera en un futuro comprar los anticonceptivos a través de contrato abierto, probablemente no se beneficiaría de las economías de escala que actualmente obtiene del UNFPA, debido a que los precios del UNFPA se licitan a nivel internacional y los volúmenes permiten precios de referencia difíciles de igualar en el mercado local.

CONTROL DE CALIDAD DE LOS ANTICONCEPTIVOS

El control de calidad de todos los medicamentos y productos afines está regulado por el Departamento de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud (DRVCS) del MSPAS, pero no existen normas que sistematicen los procedimientos de control de calidad de los anticonceptivos, después del ingreso al país. La excepción a lo anterior es la Norma COGUANOR NGO 53 010:2000, la cual fue elaborada en consenso con todos los actores de salud pública en el año 2000. Sin embargo, no se tiene evidencia de que el Laboratorio Nacional del MSPAS realice pruebas de calidad a los condones que son importados al país. No obstante lo anterior, los anticonceptivos que están ingresando al país, importados por el UNFPA para el MSPAS cumplen con las normas internacionales de calidad.

INDICADORES DE LOGÍSTICA (DE LOS 23 ESTABLECIMIENTOS VISITADOS DURANTE EL ESTUDIO)

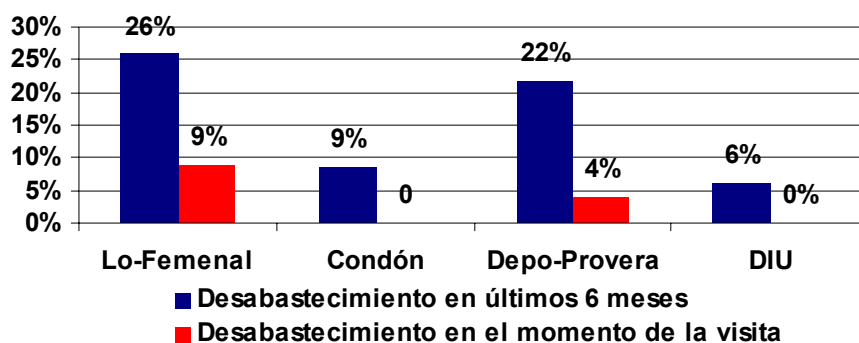
ENTREGA DE ANTICONCEPTIVOS

Durante las visitas a los 23 establecimientos del MSPAS, se observó que todos los establecimientos ofrecen los cuatro anticonceptivos: condones, inyectables, ciclos píldoras y DIU. Las normas de atención del PNSR del MSPAS permiten ofertar el DIU solamente en hospitales y centros de salud con infraestructura y personal capacitado. El primer nivel de atención (puestos de salud y centros de convergencia) no ofertan este método. Estas normas se tomaron en cuenta para construir los indicadores del abastecimiento de los 23 establecimientos visitados.

DISPONIBILIDAD DE ANTICONCEPTIVOS

En los 23 establecimientos visitados se observó que el grado de desabastecimiento de los cuatro anticonceptivos en los últimos seis meses, es mayor cuando se miden en conjunto en los PES y en los almacenes (ver Gráfica 26). El desabastecimiento disminuye cuando se mide solamente en los PES (ver Gráfica 27).

GRÁFICA 26 MSPAS - (%) Desabastecimiento en 23 establecimientos visitados (almacén y PES), 2006

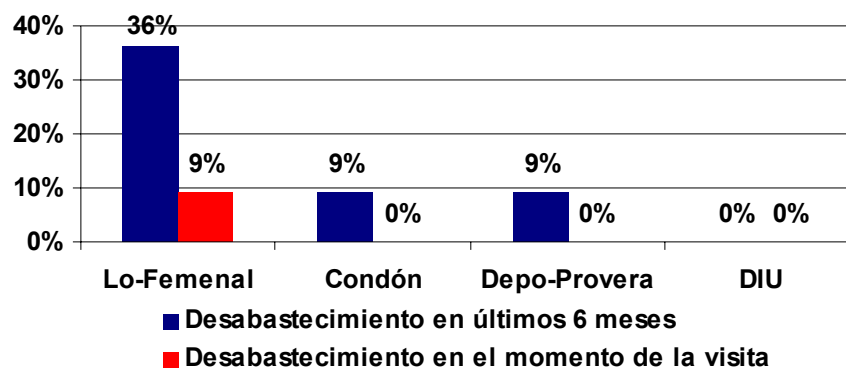


Fuente: 23 visitas a establecimientos en enero - febrero 2006
Nota: DAS, distrito, hospital, CS, PS, ONG y centro de convergencia

En la Gráfica 26 se muestra el desabastecimiento en los últimos seis meses y en el momento de la visita en los 23 establecimientos. Durante los últimos seis meses, Lo-Femenal estuvo desabastecido en 26% de establecimientos, el condón 9%, Depo-Provera® 22% y DIU 6%. Respecto al indicador de desabastecimiento en el momento de la visita, la situación reporta 9% para Lo-Femenal, cero desabastecimiento para condón y DIU, y 4% para Depo-Provera®.

En la Gráfica 27 se muestra el desabastecimiento sólo en los 11 PES. En los últimos seis meses se observa que el anticonceptivo con mayor frecuencia de desabastecimiento fue Lo-Femenal con un 36%, los condones y la Depo-Provera® estaban desabastecidos en 9% de los PES, y el DIU no tuvo desabastecimiento en ningún PES. El desabastecimiento en el momento de la visita muestra que el 9% de PES tuvieron desabastecimiento de Lo-Femenal; y el condón, Depo-Provera® y DIU no estuvieron desabastecidos.

GRÁFICA 27 MSPAS - (%) Desabastecimiento en 11 PES visitados, 2006



Fuente: 23 visitas a servicios en enero - febrero 2006
 Nota: Incluye hospital, CS, PS y centro de convergencia

Algunas de las razones del desabastecimiento en los 23 establecimientos visitados fueron retraso en el pedido (17%) e imposibilidad de ir a recoger los anticonceptivos (9%). El método con mayor porcentaje de desabastecimiento es Lo-Femenal. Una razón probable es la disminución que se ha observado de la demanda de este producto y por consiguiente el personal de salud no lo está solicitando. Este aspecto será necesario validarlo mediante un análisis más completo del sistema. Lo importante a destacar es que la disponibilidad de anticonceptivos es mejor en PES que en los almacenes, hallazgo muy positivo que evidencia que los insumos están en el lugar donde los solicita el cliente.

En la Tabla 6 se observa la situación de abastecimiento en el momento de la visita, en los 23 establecimientos. Esto se mide en términos del nivel de existencias entre el nivel máximo y mínimo, por debajo del mínimo, por arriba del nivel máximo y desabastecido.

Tabla 6 MSPAS - Situación de abastecimiento en el momento de la visita, por método anticonceptivo en 23 establecimientos (PES y bodegas)

	Lo-Femenal	Condón	Depo-Provera®	DIU
<i>Entre el max - min</i>	43%	48%	43%	31%
<i>Debajo del mínimo</i>	17%	26%	35%	23%
<i>Sobre el máximo</i>	30%	26%	17%	46%
<i>Desabastecido*</i>	9%	0%	4%	0%

* ver Gráfica 26

La tabla anterior muestra que existen desbalances en las existencias, especialmente en el caso del condón y el DIU, con un 26% y 46% de sobreabastecimiento. Por otro lado, la Depo-Provera® llegó a estar por debajo del mínimo en el 35% de los 23 establecimientos, lo que arriesga en cierta medida el abastecimiento de uno de los anticonceptivos con la mayor demanda. Aunque el sobreabastecimiento para Lo-Femenal, condón y DIU se consideran significativos; por la vida útil de los productos, no se visualizan vencimientos en el corto plazo.

SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN - MSPAS

Se visitó la Bodega Central del PNSR, donde se inicia la distribución de anticonceptivos. Se observó que llevan un control estricto y ordenado de las existencias, informan mensualmente sobre la distribución por método, por DAS y por números de lote. El bodeguero indicó no haber recibido ninguna capacitación, lo

que refleja el compromiso y la dedicación propios para llevar adecuadamente el control de los anticonceptivos. Durante el año 2005, la capacidad de la bodega del PNSR no fue suficiente para almacenar los embarques del UNFPA, lo que hizo necesario alquilar una bodega comercial, con recursos del UNFPA.

En repetidas ocasiones, el personal entrevistado a nivel de la DAS indicó que hay excelente coordinación entre ellos y el PNSR y la Bodega Central, y mencionaron esto como uno de los factores principales de las mejoras en el abastecimiento. Por otro lado, tienen la percepción que el PNSR siempre tiene anticonceptivos, y que esto es fundamental para mantener bien abastecidos todos los servicios.²⁸

El 73% de los 23 establecimientos visitados reciben los anticonceptivos en una semana o menos. La mayoría de este 73% mencionó recibirlos en dos o tres días.

Un alto porcentaje (74%) de los 23 establecimientos recoge los anticonceptivos de su nivel superior. El transporte está cubierto en casi la mitad de los casos (48%) por transporte del propio establecimiento, y un 43% usa transporte público o privado. Un aspecto a destacar es que el 83% de los establecimientos indicaron no tener problemas de transporte para recoger los anticonceptivos. Esto sugiere que en términos generales, son otras razones las que están provocando que algunos servicios aún tengan desabastecimiento o niveles por debajo del mínimo.

Los servicios indicaron que raramente realizan pedidos de emergencia, y los servicios que lo hacen (un 4%) mencionaron que les despachan inmediatamente.

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN LOGÍSTICA (SIAL) - MSPAS

El sistema de información de anticonceptivos está incluido en las Normas de Suministros y en el Manual de Procedimientos para la Gestión Logística de Productos Farmacéuticos y Afines del MSPAS. En base a los formularios logísticos de registro y reporte que el MSPAS usaba desde 1997, se decidió unificar y estandarizar el Balance con la Requisición y Envío de Suministros (BRES). El BRES también es usado para el manejo de medicamentos y productos afines, lo que indica que la función del SIAL de anticonceptivos está integrada con el resto de medicamentos.

Durante las visitas se observó que los 23 establecimientos usan Tarjeta de Control de Suministros (Kardex) para los cuatro métodos anticonceptivos. El 61% llena el SIGSA 3 ó 4, donde llevan el control de las usuarias y la firma de recibido de todos los medicamentos; y el 92% usa el Registro Diario de Demanda Real (RDDR) donde registran lo entregado y no entregado a usuarios. A la fecha, el PNSR no ha usado el dato de no entregado a usuarios para documentar el subregistro por desabastecimiento.

También se observó que el uso del BRES es generalizado para hacer pedidos e informar. A la pregunta “¿Quién determina las cantidades a pedir?”, el 87% (20 de 23 establecimientos)²⁹ respondió que el “BRES determina las cantidades a pedir”. El 100% de los 23 establecimientos visitados usaba el BRES; de este porcentaje el 73% lo lleva manual, el 32% en hoja electrónica y 3 de los 23 establecimientos llevan el BRES manual y en hoja electrónica. Las seis DAS visitadas llevan el BRES en forma electrónica. Algunos servicios llevan el BRES manual para solicitar y el BRES electrónico para sumar/consolidar y reportar información. El 30% de los establecimientos lleva algún tipo de auxiliar, especialmente para llevar su promedio mensual de demanda real y para consolidar el reporte mensual. También se observó que el 73% de los establecimientos que lleva el BRES manual, llena todas las columnas del formulario. Es importante destacar que el 95% de servicios reporta el BRES a su nivel superior.

28 Comentarios del personal del MSPAS durante las visitas a 23 establecimientos

29 Se realizaron 25 entrevistas, pero algunas no fueron válidas por no tener información disponible.

Este año, con el apoyo de la USAID y el UNFPA, el PNSR distribuirá una ayuda visual (**Anexo 11**) a todos los establecimientos, la cual en forma amigable y en lenguaje sencillo, guía al personal en el llenado y consolidación del BRES. Esta ayuda visual es una experiencia innovadora, que se ha desarrollado con el apoyo de expertos en IEC, aplicando su experiencia al desarrollo de una guía comprensible y validada por el personal de salud. También se está promoviendo que la información logística forme parte de la “Sala Situacional” de las DAS y del PNSR, la cual consiste en un espacio físico en los servicios, donde se presenta la situación de salud de la dirección departamental de salud y sus servicios.

CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO - MSPAS

Se observó que las seis DAS visitadas cumplen entre 12 y 13 de un total de 15 condiciones mínimas de almacenamiento (ver Tabla 7); sin embargo, la disponibilidad de equipo contra incendios no se cumple en ninguna de las 6 DAS visitadas. Este dato es relevante debido a que los anticonceptivos pasan la mayor parte del tiempo en las bodegas de la DAS, donde se deberían garantizar todas las condiciones mínimas de almacenamiento. Las dos sedes de las ONG departamentales (Quetzaltenango y Retalhuleu) también cumplieron con más de 9 de las 12 condiciones que se aplican a este nivel de distribución. Sin embargo, se encontró Depo-Provera® que vencía en marzo de 2006 en la ONG CORSADEC.

La Bodega Central del PNSR no cuenta con aire acondicionado para proteger la calidad de los anticonceptivos, especialmente la inyectable Depo-Provera®, y la infraestructura de la bodega no garantiza la protección contra la humedad y goteras en tiempo de lluvia. Este hallazgo llama la atención debido a que los anticonceptivos pasan aproximadamente seis meses en la bodega central.

Tabla 7 MSPAS - Condiciones que cumplen las bodegas de 6 DAS visitadas

	# DAS	Condiciones que Cumple
	3	13
	2	12
	1	14
Total	6	

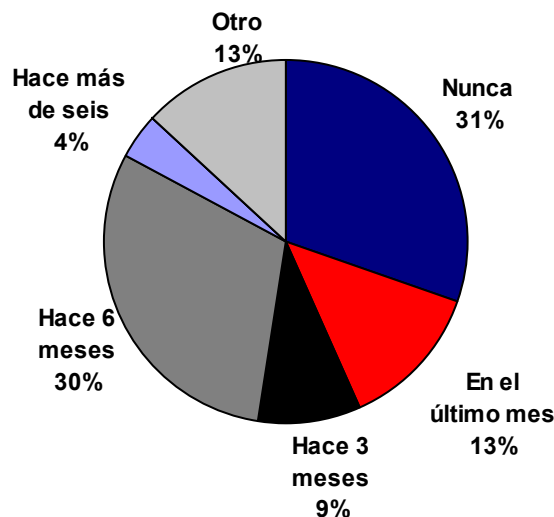
CAPACITACIÓN, SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

Durante el período 2000 a 2004, con el apoyo técnico y financiero de la USAID y el UNFPA, el MSPAS capacitó a más de 2,500 personas en los tres niveles de atención (hospitales, centros, puestos y ONG). Durante el presente estudio, el 65% del personal entrevistado en los 23 establecimientos, indicó haber participado en uno o más talleres de logística; y el 35% indicó que han recibido capacitación en servicio. Esto demuestra que el esfuerzo intenso de capacitación durante los años anteriores ha contribuido a mantener personal en el nivel local, con las habilidades necesarias para una adecuada toma de decisiones logísticas. A partir de 2006, el PNSR modificó la estrategia de capacitación, que actualmente consiste en identificar y capacitar a personal clave de cada DAS, generalmente líderes en logística y/o gerentes de DAS, que sean capacitadores a nivel local y que ayuden a mejorar el desempeño logístico de los distritos y de los PES.

Algunas de las personas entrevistadas que indicaron haber recibido supervisión, relacionaron las visitas de monitoreo del autoinventario físico de anticonceptivos con una visita de supervisión. Aunque esta actividad no tiene como objetivo principal la supervisión, los dos “auto-inventarios” al año, se han constituido en un mecanismo de intercambio de información logística y retroalimentación entre el nivel central y las DAS.

La Gráfica 28 presenta el porcentaje de establecimientos y la frecuencia de la supervisión, incluidas las respuestas que relacionaron la visita del autoinventario como una supervisión. El 31% indicó nunca haber recibido una supervisión en logística.

GRÁFICA 28 MSPAS - Supervisión en logística en 23 establecimientos visitados, 2006



Fuente: 23 visitas a servicios en enero - febrero 2006
Nota: Incluye hospital, CS, PS y centro de convergencia

Como todo sistema logístico, el mantenimiento de su desempeño eficiente descansa en gran medida en un sistema sólido y permanente de supervisión, tutoría y monitoreo. Estos datos evidencian que existe cierto grado de supervisión, pero hay potencial para mejorarla, sistematizarla y priorizarla de acuerdo al desempeño de los establecimientos.

SISTEMA AUTOMATIZADO DE INFORMACIÓN LOGÍSTICA “MÓDULO DE LOGÍSTICA” - MSPAS

Luego de la etapa de implementación del SIAL en forma manual, el siguiente paso fue diseñar un sistema automatizado de información que agilizará el traslado y análisis de los datos esenciales de logística. El MSPAS lo identifica como el “Módulo de Logística”, y la USAID/Calidad en Salud I, apoyó el prototipo del diseño. Desde su concepción en 2003, el módulo formó parte del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) del MSPAS. La automatización del SIAL se concibió para los anticonceptivos, con el potencial de ser utilizado en el futuro para todos los medicamentos y productos afines. Este módulo representa uno de los avances más significativos para agilizar el traslado de información logística.

Tomando como base los datos esenciales de logística consignados en el Balance, Requisición y Envío de Suministros, el módulo permite ingresar los datos de consumo, no entregado a usuario, ajustes y saldos en el Distrito de Salud y en la DAS. El módulo realiza automáticamente las operaciones de CPM, MED y cantidad a pedir. El Distrito ingresa los datos de todos sus servicios y los exporta a través de un medio electrónico a la DAS, luego la DAS importa los datos y genera automáticamente el BRES agregado del Área de Salud. La digitación en los puestos de salud sigue siendo manual. Uno de los próximos pasos que el MSPAS tiene planeado es facilitar al personal del puesto de salud la digitación de los datos esenciales en el Distrito y generar desde allí el BRES.

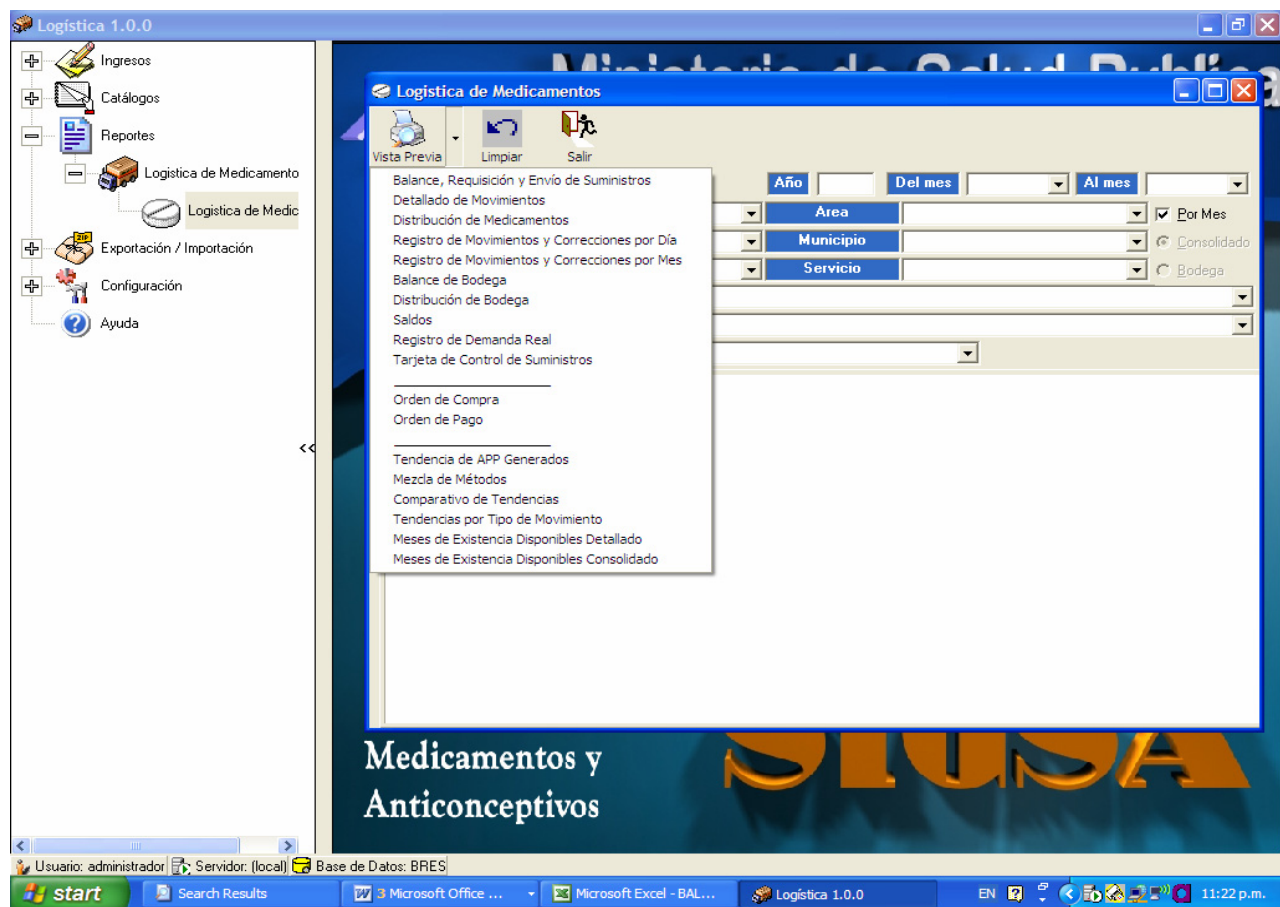
Además de los datos esenciales de logística, el Módulo está diseñado para emitir reportes sobre las órdenes de compra y pago de medicamentos.

A partir de 2005 y en el 2006, el MSPAS inició el proceso de institucionalización del Módulo, así como la expansión de su uso a nivel nacional. En abril de 2006 inició una serie de capacitaciones en el uso y aplicación de la versión actualizada del módulo. El liderazgo y soporte técnico para implementar e institucionalizar el módulo lo ejerce la Coordinación del SIGSA, con la asesoría del PNSR y el acompañamiento de las agencias de cooperación (USAID y UNFPA). Se pudo observar que el SIGSA necesita apoyo adicional para la sostenibilidad futura del módulo, especialmente en lo que respecta al recurso humano para el soporte técnico, la actualización y el apoyo a las DAS.

Otro hallazgo del estudio son los diversos sub-sistemas de información para el control de inventarios que cada programa utiliza en forma independiente. Por ejemplo, el Programa de Accesibilidad de Medicamentos (PROAM), aunque no maneja anticonceptivos, cuenta con una herramienta automatizada para la administración de los inventarios de medicamentos que le vende a las ventas sociales. UPS1 está implementando un nuevo sistema de información de servicios administrativo-financiero para las ONG del PEC, que incluye la información logística de anticonceptivos. El SIGSA, que es el ente coordinador de los sistemas de información del MSPAS, tiene como parte de los módulos del SIGSA el Módulo de Logística, el cual será el que se use oficialmente en las DAS, centros de salud y puestos de salud para la administración de la información logística.

La Coordinación General del SIGSA conoce de los diferentes sub-sistemas de información, y está en conversaciones con la UPS1 para enlazar las diferentes aplicaciones para que el SIGSA integre la información de los diferentes sub-sistemas.

A continuación se presenta el listado de los reportes que genera el Módulo:



LA UNIDAD DE LOGÍSTICA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS AFINES – MSPAS

Durante el presente estudio, el PNSR informó acerca de la decisión reciente de crear una “Unidad de Logística” que integre la gestión de todos los medicamentos, tanto los que se compran en forma descentralizada, como los medicamentos manejados por los programas verticales de inmunizaciones, tuberculosis y malaria, salud reproductiva y prevención del VIH/SIDA. Esta iniciativa surge a partir de la experiencia exitosa de la administración logística de anticonceptivos, la cual ha sido administrada técnicamente por la Oficial de Logística de anticonceptivos, con el liderazgo del PNSR. Los aspectos exitosos que esperan replicar a otros medicamentos son el SIAL automatizado para una oportuna toma de decisiones, monitoreo, capacitación y tutoría a las DAS, con el fin de fortalecer el uso de los instrumentos de registro, recolección y reporte, y su análisis. Como parte de esta iniciativa, el PNSR planea mantener las funciones que operan verticales para el sistema logístico de anticonceptivos, como lo son la adquisición y el financiamiento.

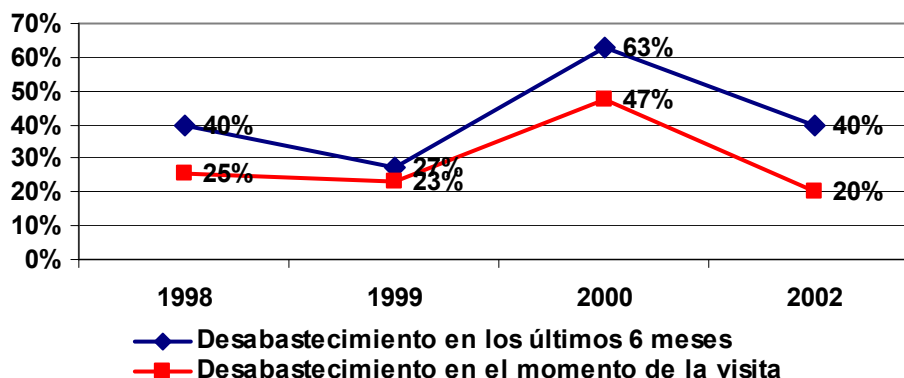
- Esta unidad tendrá, entre otras, las siguientes funciones:
 - Conducir los procesos de logística, y el manejo de productos farmacéuticos y afines.
 - Definir las funciones del recurso humano en logística.
 - Coordinar las funciones de proyecciones, programación y manejo de los instrumentos del sistema de información (Módulo de logística del SIGSA). Esto también requerirá coordinación con donantes para apoyar el proceso técnica y financieramente.
 - Identificar las necesidades de equipo de cómputo.
 - Fortalecer a las DAS y Distritos para que ejerzan la función de monitoreo y evaluación a sus servicios.
 - Coordinar estrechamente con el SIGSA para que funcione el Módulo de logística en forma integrada.
- Establecer metas por niveles de atención, para los indicadores logísticos más importantes: abastecimiento en los últimos seis meses, uso de la Tarjeta de Control de Suministros, existencias entre los niveles máximo y mínimo, vencimiento de productos.
- La unidad reportará directamente al Jefe Administrativo, bajo la Gerencia General del MSPAS. Su organización estará conformada por un Jefe de la Unidad, un ingeniero en sistemas, dos licenciadas en Química y Farmacia, tres administradoras, una enfermera encargada de logística, un analista de datos y catorce supervisores que forman parte de la Unidad de Asesoría de Medicamentos.
- Otra herramienta que se probará en algunas DAS piloto es el PipeLine, la cual puede facilitar la función de “estimación de necesidades” para la programación anual de medicamentos del MSPAS.
- Se tomará en cuenta la lista básica de medicamentos como parte de la normativa que guiará las acciones de la unidad.

Con la puesta en marcha de la Unidad de Logística se vislumbran una serie de desafíos, en aspectos como la determinación de las funciones que se mantendrán centralizadas y las funciones que será eficiente integrar; el abastecimiento oportuno de medicamentos trazadores; la información, su uso y análisis; y el monitoreo y supervisión con enfoque integral y descentralizado. Sumado a esto, mientras se integran estas funciones, mantener el buen desempeño alcanzado a la fecha en la logística de anticonceptivos.

DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN LOGÍSTICA DEL MSPAS EN AÑOS ANTERIORES (1998 - 2005)

Durante el período 1999 a 2002, el MSPAS realizó “Estudios de Abastecimiento de Anticonceptivos”, con el apoyo financiero de la USAID y la asistencia técnica de los proyectos FPLM, DELIVER y Calidad en Salud. Los estudios se basaron en muestras estadísticamente representativas del nivel nacional. Los estudios de 2001 y 2002 también incluyeron el monitoreo a una lista de medicamentos trazadores. La Gráfica 29 presenta el nivel de desabastecimiento de uno o más anticonceptivos, durante los últimos seis meses anteriores a cada estudio, los cuales son resultados estadísticamente representativos del nivel nacional:

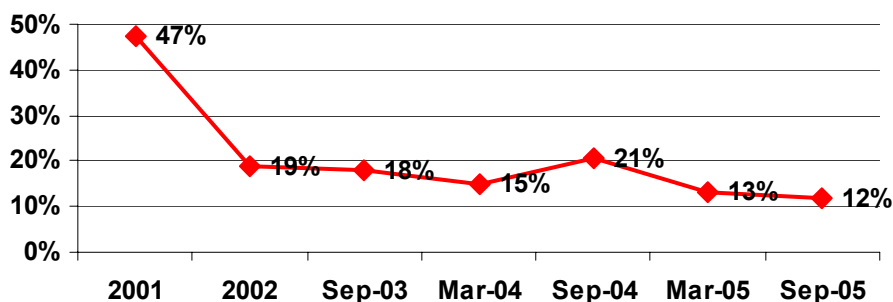
GRÁFICA 29 MSPAS - (%) Desabastecimiento de uno o más anticonceptivos en PES



Fuente: Estudios realizados con el apoyo técnico y financiero de USAID y los proyectos FPLM y DELIVER (1998, 1999, 2000, 2002)

A partir de 2001, el MSPAS empezó a monitorear el grado de abastecimiento por medio de dos autoinventarios a nivel nacional al año, práctica que está institucionalizada y vigente. Estos autoinventarios se han implementado con el liderazgo del PNSR y con el apoyo técnico y financiero de la USAID y del UNFPA. A partir de marzo de 2006, este ejercicio incluirá formalmente a las ONG del PEC. La Gráfica 29 presenta el desabastecimiento de uno o más anticonceptivos en el momento de la visita durante el período de 2001 a 2005, de acuerdo a los resultados de los autoinventarios:

GRÁFICA 30 MSPAS - (%) Desabastecimiento de uno o más anticonceptivos en el momento de la visita en PES



Fuente: Informes PNSR Inventarios a Nivel Nacional

La Gráfica 30 demuestra claramente la reducción significativa en el desabastecimiento en los PES, que disminuyó de 47% de servicios que experimentaron desabastecimiento en 2001, a 12% en 2005. La institucionalización de los dos autoinventarios parece indicar que ha servido para varios propósitos:

monitorear el abastecimiento, mejorar la disponibilidad de métodos anticonceptivos y motivar al personal de logística para continuar disminuyendo el desabastecimiento.

SISTEMA LOGÍSTICO DE APROFAM-ONG

APROFAM-ONG tiene un modelo de administración logística eficiente y altamente automatizado. La distribución es en base a niveles máximos y mínimos, de acuerdo al consumo promedio mensual, y por medio de requisición (vía internet) de las clínicas y educadores al nivel central. El período de reabastecimiento es mensual y los despachos tardan cinco días después de recibir la requisición. El transporte es una función que subcontratan con una empresa de courier local, la cual distribuye los pedidos a las clínicas y educadores. En la actualidad, cuentan con una bodega central que cumple los requisitos básicos de almacenamiento, incluido el aire acondicionado, donde almacenan anticonceptivos y medicamentos. La estimación de necesidades y el monitoreo de su plan de adquisición lo efectúa en la herramienta PipeLine. El sistema de información incluye los datos esenciales de logística, principalmente la información de las ventas que las clínicas reportan en forma quincenal y mensual.

En los últimos cuatro años, la situación de abastecimiento de uno o más anticonceptivos se ha mantenido entre 90 a 95%; el uso de kardex es automatizado y forma parte del Sistema Automatizado de Clínicas (SAC).

Una de las innovaciones más sobresalientes de la institución fue la implementación de un sistema automatizado de control de inventarios para el programa de desarrollo rural, el cual opera usando computadoras portátiles “palm pilots” donde los educadores registran las ventas de los promotores voluntarios, y luego envían la información vía internet.

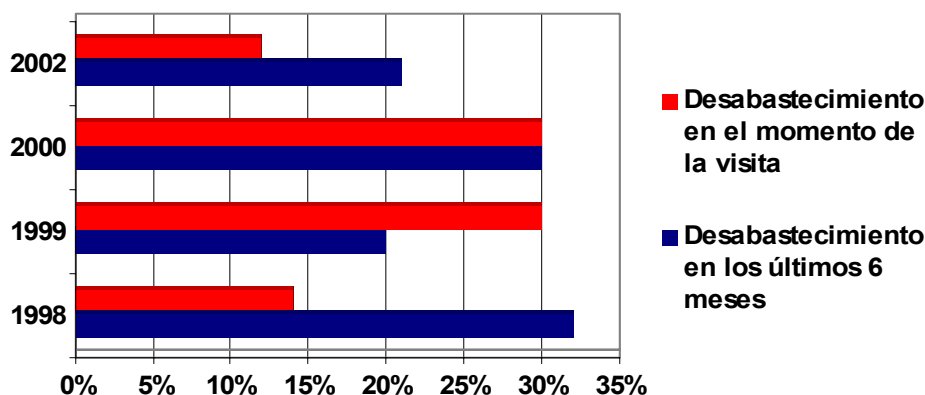
Durante las visitas a las tres clínicas, el personal enfatizó que entre los factores contribuyentes a la eficiencia del sistema logístico actual, destacan: el apoyo en tecnología, el programa permanente de inducción y capacitación, la rapidez de respuesta del almacén central y la entrega del servicio de courier, así como la implementación de los niveles máximos y mínimos.

SISTEMA LOGÍSTICO DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL (IGSS)

El IGSS administra los anticonceptivos en forma vertical, al igual que las vacunas que compra a través de la OPS. Durante el período de 1999 a 2003 recibió asistencia técnica de la USAID, a través de los proyectos FPLM, DELIVER y Calidad en Salud, para diagnosticar el sistema logístico, realizar estudios de abastecimiento, identificar áreas de fortalecimiento y desarrollar intervenciones de mejora.

La Gráfica 31 presenta la situación de abastecimiento de uno o más anticonceptivos en los PES en el período de 1999 a 2002. Estos datos se obtuvieron mediante estudios anuales, con la misma metodología y representatividad estadística que los estudios realizados en el MSPAS.

GRÁFICA 31 IGSS - (%) Desabastecimiento de uno o más anticonceptivos en PES



Fuente: Estudios de abastecimiento de anticonceptivos, 1998, 1999, 2001 – Proyectos FPLM y Deliver; Estudio de abastecimiento de anticonceptivos 2002 – Proyecto Calidad en Salud

La situación del sistema logístico actual se desconoce, debido a que no se han realizado estudios similares en el IGSS, desde 2002. Desafortunadamente, la información incluida en el presente diagnóstico es limitada, debido a que al IGSS no le fue posible coordinar las visitas de observación, excepto la Clínica Juan José Arévalo Bermejo ubicada en la Zona 6 y la Bodega Central. No obstante la limitación mencionada, a continuación se presenta información que describe el sistema logístico, la cual está incluida en documentos que describen las normas y procedimientos de logística que el IGSS desarrolló entre 2001 y 2003.

La distribución de anticonceptivos está normada en base a niveles máximos y mínimos, de acuerdo al consumo promedio mensual y por medio de requisiciones. El sistema se diseñó para abastecerse por requisición y la cadena de suministros tiene dos niveles de distribución: la bodega local de los hospitales y/o consultorios, y la bodega central ubicada en la ciudad capital. El período de reabastecimiento no es estandarizado, pero usualmente realizan cuatro pedidos anuales.³⁰ Los encargados de farmacia llenan su solicitud, tramitan la aprobación de la Sección de Higiene Materno Infantil, y luego recogen los anticonceptivos en la bodega central.

Debido a la descentralización de la compra de medicamentos, actualmente la bodega central sirve para almacenar únicamente anticonceptivos y vacunas. Durante la visita a la bodega central, se determinó que cuenta con exceso de inventario para los cuatro anticonceptivos, especialmente Lo-Femenal. Se espera que la reapertura de los servicios de PF equilibren las existencias para evitar vencimiento de productos. La bodega central cumple algunos criterios básicos de almacenamiento, como tarimas y ordenamiento para despachar en base al principio PEPE. La estimación de las necesidades las realizan en base al consumo que ingresan en la herramienta PipeLine; no obstante, no utilizan esta herramienta en forma permanente para el monitoreo de las adquisiciones.

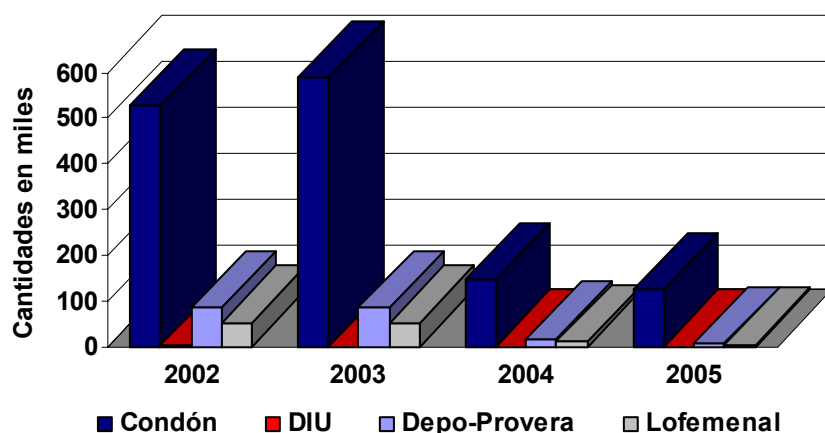
Los instrumentos de registro, recolección y reporte de información incluyen los datos esenciales de logística, consumo, existencias y ajustes, que se reportan mensualmente. El uso de los instrumentos de registro y reporte están normados en el Manual de Normas y Procedimientos de Logística de

³⁰ Entrevista con personal de la Sección de Higiene Materno Infantil

Anticonceptivos. Esto se pudo observar en la Clínica de la Zona 6, donde usan kardex para los cuatro anticonceptivos y los consultorios llenan un registro llamado “cuadrícula”, que sirve como un registro diario de lo entregado a las usuarias.

En el año 2003, la Junta Directiva del IGSS decidió suspender el programa de salud reproductiva y otorgó este derecho únicamente a las afiliadas durante los 40 días post parto. Esta decisión significó una reducción drástica en la oferta de servicios del IGSS, según se observa en la Gráfica 32:

GRÁFICA 32 IGSS - Consumo de anticonceptivos (en miles)



Fuente: PipeLine

El consumo de anticonceptivos de 2002 a 2005 disminuyó 76% en condones, 32% en DIU, 91% en Depo-Provera® y 89% en píldoras Lo-Femenal.

El IGSS estima que después de la reapertura del programa de SR a partir de septiembre de 2005, tomará aproximadamente un año volver al mismo nivel de servicios de PF en los 40 establecimientos que brindaban anticonceptivos en el pasado. Mientras tanto, será importante monitorear las existencias en bodega para evitar posible vencimiento de productos.

Previo a abordar el tema del financiamiento de anticonceptivos, es oportuno mencionar que en general, todos los hallazgos acerca del sistema logístico del MSPAS demuestran que está funcionando adecuadamente, destaca en particular el aumento de la disponibilidad de anticonceptivos de 53% en 2002 a 88% en 2005. Los retos futuros más importantes son: mantener los logros alcanzados, mejorar el equilibrio de las existencias de tal forma que se garantice la disponibilidad en los puntos de entrega de servicio, desarrollar e institucionalizar un sistema de supervisión facilitante a nivel local e institucionalizar el Módulo de Logística.

FINANCIAMIENTO

Se ha mencionado que contar con la capacidad para estimar las necesidades futuras y adquirir los anticonceptivos, así como la capacidad para gestionar el sistema logístico son aspectos fundamentales para lograr la DAIA en Guatemala. Otro elemento central, sin el cual los países no pueden asegurar el insumo es el financiamiento adecuado de los mismos. El financiamiento para la compra de anticonceptivos, la promoción y la entrega de servicios pueden provenir de diversas fuentes, incluido el Gobierno, los donantes, los hogares, las empresas y otras fuentes.

El estudio de cuentas nacionales de salud para el período de 1999 a 2003 revela que el 77%³¹ del gasto total en salud lo financió el subsector privado. De este porcentaje, el 86% corresponde a los hogares, o pago de bolsillo. El 37% del 86% lo gastaron en medicamentos. En contraste, el sector público (MSPAS e IGSS) únicamente gastó el 19%, lo cual coincide con el nivel del presupuesto público en salud, que no sobrepasa el 2% del producto interno bruto. Estos datos sugieren que en el contexto financiero del sector público, la asignación de recursos en la compra de anticonceptivos compite con otras prioridades en salud, dentro de un presupuesto sumamente reducido. No obstante este desafío, el sector público ha avanzado en el aseguramiento del financiamiento, tal como se describe posteriormente en esta sección.

En este capítulo también se presentan las diferentes fuentes de financiamiento para la adquisición de anticonceptivos, la estimación de las necesidades y fondos, basados en datos de consumo, la identificación de posibles brechas en los fondos requeridos a futuro y la toma de acciones para asegurar el financiamiento, todos aspectos importantes para asegurar la DAIA en Guatemala.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Durante más de tres décadas, USAID ha sido la principal donante de anticonceptivos en Guatemala. Ante la creciente demanda de anticonceptivos y la disminución gradual de donaciones, en 2001 la USAID y el UNFPA iniciaron conversaciones para ayudar a las instituciones a disminuir la brecha en el financiamiento. El gobierno Canadiense, por medio de la ACIDI confirma la donación aproximada de \$3 millones para la compra de anticonceptivos, a través del UNFPA. Esta donación se ejecutó en el marco de un convenio de cooperación³², en el que el UNFPA realizaría las compras, y el MSPAS anualmente haría un aporte parcial con recursos del Gobierno para formar un fondo de reserva. Este convenio se describe en detalle posteriormente en esta sección. Como resultado de reuniones entre el UNFPA, el MSPAS y el IGSS, se acordó que con los fondos de la ACIDI, el UNFPA compraría los anticonceptivos para el sector público, excepto los DIU, que los siguió donando la USAID. Además, la USAID continuó donando anticonceptivos para APROFAM-ONG y las ONG del PEC durante 2002 a 2006.

A partir de 2001, la USAID desarrolló un plan de disminución de donaciones, para contribuir a la sostenibilidad futura en la compra de anticonceptivos en el período de 2002 a 2009. Este plan se dejó escrito en los convenios de cooperación vigentes en esa fecha, con el MSPAS, APROFAM-ONG y el IGSS. La modalidad de los convenios entre el UNFPA, el MSPAS y el IGSS incluyó aportes graduales con fondos propios. A partir de 2006, el IGSS incluye en su presupuesto el 100% de requerimientos de anticonceptivos, y actualmente están en conversaciones con el UNFPA para firmar un convenio de cooperación, o un convenio donde el UNFPA actúa como un agente de compras.

31 MSPAS Guatemala 2005, Tercer Informe. Situación de la salud y su financiamiento.

32 El convenio de cooperación es un mecanismo diferente a un convenio de compra con el UNFPA.

La Tabla 8 resume las donaciones de anticonceptivos de la USAID a APROFAM-ONG, al IGSS, a IPROFASA, al MSPAS y a otras ONG durante el período de 2000 a 2005, y la medida en que las donaciones han disminuido.

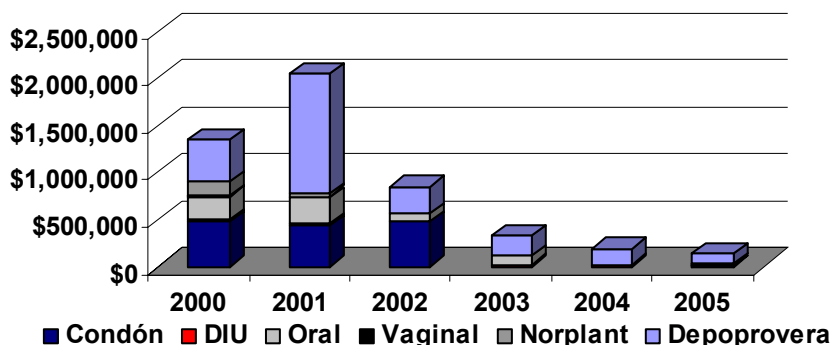
TABLA 8 Donaciones de la USAID 2000 - 2005 (en miles)

US\$	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL US\$
<i>Condomes</i>	481	439	473	-	7	7	1,401
<i>DIUs</i>	15	24	4	21	20	14	98
<i>Píldoras</i>	245	269	89	87	-	8	699
<i>Vaginales</i>	16	10	-	-	-	-	26
<i>Norplant</i>	147	29	-	-	-	-	175
<i>Depo-Provera®</i>	434	1,269	281	222	167	111	2,483
<i>Condon Femenino</i>	-	-	-	17	31	-	49
Total	1,341	2,041	849	349	222	142	4,932

Fuente: Reportes NEWVERN

La Tabla 8 anterior muestra que durante el período mencionado, la USAID donó el equivalente a US\$4,932,000. Debido a la creciente demanda de la inyectable trimestral Depo-Provera®, se observa que este insumo requirió la mitad del presupuesto para anticonceptivos. En la Gráfica 33 se observa la disminución gradual de las donaciones de la USAID en Guatemala, siendo las ONG del PEC las únicas que reciben donación en 2005. En 2006, la USAID dona el último embarque de anticonceptivos a las ONG y a partir de 2007 ya no donará más anticonceptivos al país.

GRÁFICA 33 Donaciones de la USAID (US\$)



Fuente: Reportes Newvern

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (MSPAS)

El primero de marzo de 2002, el UNFPA y el MSPAS firmaron un convenio mediante el cual el MSPAS se compromete a pagarle por anticipado al UNFPA un porcentaje de los requerimientos de anticonceptivos durante el período de 2002 a 2005, con aportes del 5, 20, 30 y 40 por ciento respectivamente. El convenio también indica que con los aportes se crearía un fondo con responsabilidad compartida entre el UNFPA y el MSPAS, el cual sería utilizado para mejorar la gerencia del sistema de distribución de insumos anticonceptivos mediante capacitación y también para la compra de más insumos anticonceptivos. De esta manera se incrementaría la sostenibilidad del proyecto y los intereses generados

en este fondo pasarían automáticamente a ser parte del mismo fondo. En el período de 2002 a 2005, el MSPAS ha desembolsado un total aproximado de US\$568,953, parte del cual, de acuerdo al PNSR podría ser utilizado para compras futuras. La oficina de presupuesto del MSPAS tiene un saldo pendiente de 2005 que asciende aproximadamente a US\$52,631 que sumado al monto de US\$568,953 los aportes del MSPAS ascienden a US\$621,585. El UNFPA ha indicado que tanto la donación de la ACDI como los aportes del MSPAS se han invertido en actividades para el fortalecimiento del sistema logístico, lo que demuestra el grado de compromiso del Gobierno de Guatemala de asegurar el financiamiento para la disponibilidad de insumos e institucionalizar la administración logística.

Un logro significativo para la sostenibilidad futura de la compra de anticonceptivos del MSPAS lo constituye el 15% del impuesto a bebidas alcohólicas, ley que asigna recursos para actividades del Programa Nacional de Salud Reproductiva. Esta ley se aprobó después de un proceso de diálogo político entre el Congreso y las organizaciones de mujeres que realizan vigilancia ciudadana del acceso a servicios de planificación familiar. El plan del PNSR en 2006 para ejecutar estos fondos incluye cuatro millones de quetzales, equivalente al aporte del 45% de los requerimientos de 2006. El UNFPA y el PNSR del MSPAS han indicado que a partir de 2008, el MSPAS financiará el 100% de la compra de anticonceptivos con los recursos provenientes del 15% del impuesto a bebidas alcohólicas.

La Tabla 9 resume el plan de financiamiento del MSPAS durante 2006 a 2010, donde aparece que en 2006 el aporte de ACDI concluye. En 2007, el Gobierno de Holanda, a través del UNFPA financiará el 50% de la compra de inyectable Depo-Provera®, y el resto de requerimientos los financiará el MSPAS con el fondo de reserva y el ingreso del 15% del impuesto a bebidas alcohólicas. A partir de 2008, el MSPAS comprará el 100% de los requerimientos anticonceptivos con los recursos provenientes del mismo impuesto. La inversión del MSPAS en anticonceptivos durante 2006 a 2010 ascenderá a US\$9.262 millones, equivalente a Q70.3 millones de quetzales, a un promedio anual de Q14 millones de quetzales.

Tabla 9 Costo Total Anticonceptivos 2006 - 2010 Precios CIF UNFPA (en miles, US\$)

	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL 2006 - 2010
Precios UNFPA CIF TOTAL	1,272	1,762	1,801	2,051	2,376	9,262
ACDI	700	0				700
Holanda		590				590
MSPAS	572*	1,172**	1,801	2,051	2,376	7,972
Total	1,272	1,762	1,801	2,051	2,376	9,262

Fuente: UNFPA y PNSR

*Con recursos del 15% del impuesto a bebidas alcohólicas

** Con recursos del fondo de reserva y del 15% del impuesto a bebidas alcohólicas

No obstante estos logros importantes, los anticonceptivos no aparecen en un rubro específico en el Presupuesto del Estado de Guatemala o en la ley que obliga invertir el 15% de los ingresos en el Programa de Salud Reproductiva, aspecto que aseguraría que los fondos serán utilizados únicamente para tal propósito. En este sentido, el aseguramiento de los recursos financieros dependerá de que el MSPAS asigne dentro del presupuesto de SR un monto para cubrir el 100% de los requerimientos de anticonceptivos, especialmente al observar en la Tabla 9 que el MSPAS en 2007 deberá duplicar el monto asignado del 2006, de US\$572,000 a US\$1,172,000.

DONANTES

Durante más de tres décadas, el principal donante de anticonceptivos en Guatemala fue la USAID. A partir de 2002 y hasta finales de 2005, el gobierno canadiense, a través de su agencia de cooperación ACDI, donó aproximadamente US\$3 millones al sector público (MSPAS-IGSS), canalizados a través del UNFPA. Con el flujo de estos recursos adicionales de otros donantes, la USAID destinó parte de sus

recursos para financiar un “plan de reducción gradual de anticonceptivos” con el resto de las organizaciones: APROFAM-ONG, IPROFASA, ONG, IGSS. El plan contemplaba entre otros, los siguientes planteamientos: a) IPROFASA recibía la última donación de Perla (Duofem) en 2002, b) APROFAM-ONG recibía la última donación en 2004, c) las ONG del PEC del MSPAS recibirán la última donación en 2006, d) el MSPAS y el IGSS recibieron la última donación de DIU (Modelo Tcu 380A) en 2005.

HOGARES

En Guatemala, los anticonceptivos que adquieren los usuarios a través del MSPAS son gratuitos, lo cual beneficia al 32.2% de las usuarias de PF en el país. APROFAM-ONG cobra por los anticonceptivos entregados en sus clínicas y programa de desarrollo rural, y cubre al 29.4% de las usuarias. Si a APROFAM-ONG se agregan los médicos y clínicas privadas, la cobertura suma 54.6% de las usuarias de PF que acuden a fuentes privadas para obtener métodos anticonceptivos y servicios de PF.

Por otro lado, las usuarias que acuden a las farmacias representan al 11.5% del total del país, lo cual se considera bajo, comparado con la cobertura de APROFAM-ONG y del MSPAS. Esto es importante resaltar, debido a que la población de escasos recursos prefiere ir a un servicio público para obtener los anticonceptivos en forma gratuita.

PRECIOS DE ANTICONCEPTIVOS

El precio de los anticonceptivos afecta la DAIA porque incide en la cantidad de productos que pueden ser adquiridos. Durante un estudio de precios de anticonceptivos realizado recientemente en Guatemala por el Proyecto DELIVER, se recolectó información sobre los precios en 2005, tomados de las bases de datos de los donantes, de las organizaciones que compran y venden anticonceptivos, y de visitas a farmacias privadas. En la Tabla 10 se muestran los resultados del análisis de precios y los precios utilizados para cada institución, sin incluir los costos para llevar el insumo al usuario final.

TABLA 10 Precio unitario de anticonceptivos en Guatemala, por fuente (US\$) 2005

Comprador	Píldoras	Inyectable	Inyectable	Condomes	DIU
		(3 meses)	(1 mes)		
Precios CIF					
UNFPA, CIF (compras para el MSPAS, incluye 8% de flete y 5% de gastos administrativos del UNFPA)	0.31	0.89	NA	0.04	0.38
USAID, CIF (incluye 11% de flete y gastos administrativos)	0.24	1.05	NA	0.05	1.73
IPPF, CIF (compras de APROFAM-ONG)	0.31	1.18	NA	0.02	NA
APROFAM-ONG, CIF (origen México)	NA	NA	0.91	NA	NA
Precios al usuario final					
PASMO	NA	NA	NA	*0.26	NA
IPROFASA	**2.64	NA	7.93	***0.44	9.90 - 23.11
Schering	16.90 - 25.89	NA	9.93	NA	NA
Pfizer	NA	23.57	NA	NA	NA

Nota: Para los proveedores del sector comercial solamente se obtuvo información de precio al usuario final

* Precio de Vive Original

** Precio de Perla

*** Precio de condón Scudo Natural

Los precios recolectados muestran la variación que existe entre los precios internacionales y los precios del mercado local. La compra del UNFPA resulta la más favorable en cuanto a precios unitarios, excepto por el precio del condón obtenido en 2005 por APROFAM-ONG. USAID no tiene como política ser intermediaria para la compra de anticonceptivos, como lo es el UNFPA. Sin embargo, los precios de la USAID en su mayoría son comparables, pero superiores a los obtenidos por el UNFPA.

Existe una diversidad de marcas en las farmacias privadas y el rango de precios de las píldoras e inyectables es sumamente amplio, siendo Perla la marca de píldora más barata. Se ofrecen al menos dos marcas de inyectables mensuales, con precio al público de US\$7.92 (Cyclofemina) y US\$9.92 (Mesigyna).

En cuanto al inyectable trimestral Depo-Provera®, el precio al público es de US\$23.57, el más alto en la región latinoamericana. Asimismo, se pueden encontrar por lo menos quince marcas de píldoras, cuyos precios varían entre US\$2.64 (Perla) y US\$23.57 (Yasmin) y diversas marcas de condones que oscilan entre US\$0.13 y US\$0.87 la unidad. En cuanto a los DIU, se encontró CubreT a un precio de US\$9.90 e IPRO-T a un precio de US\$23.11, ambos importados por IPROFASA. Los precios en farmacias indican los altos costos que pagan los usuarios por los métodos anticonceptivos, a pesar de que este segmento cubre solamente al 11.5% de las usuarias de píldoras, inyectables y condones.

Los precios de APROFAM-ONG aún son subvencionados y existe subsidio cruzado entre los precios de las clínicas y los precios del programa de desarrollo rural.

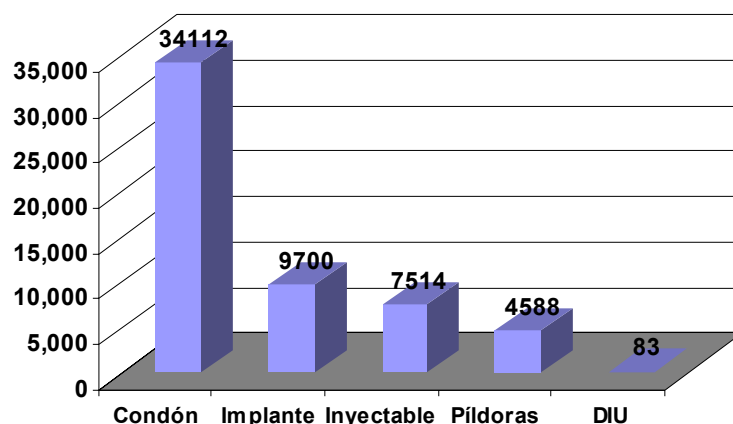
ESTIMACIONES FINANCIERAS 2006 - 2010

Con el fin de presentar la estimación de los requerimientos de anticonceptivos para el período de 2006 a 2010 se utilizó la información de la herramienta PipeLine. Los anticonceptivos fueron costeados a precios bajos, medios y altos, con el fin de generar los requerimientos financieros totales para los métodos temporales más usados: píldora, condón (incluye requerimientos para clínicas de PF e ITS/VIH SIDA), inyectable y DIU. Estas estimaciones no incluyen el volumen de anticonceptivos necesarios para disminuir la necesidad insatisfecha de 27%. Sin embargo, en la sección “crecimiento de la población y demanda de anticonceptivos” (Gráfica 19 y Tabla 2) se proyectaron las cantidades de anticonceptivos necesarios para reducir la necesidad insatisfecha en un 80% en 2020, y en 2008 se reduciría de 27% a 20%.

Es importante diferenciar entre la proyección de necesidades y la estimación de necesidades. La proyección se realiza utilizando herramientas como el Sistema de Modelos Spectrum, que simulan escenarios posibles en base a una serie de variables demográficas. Por otro lado, la estimación de necesidades se puede definir en base a datos logísticos cuando éstos están disponibles, o bien, en base a estadísticas de servicios o actividades programáticas para incrementar el acceso a los anticonceptivos. La mejor estimación de necesidades es la que se basa en datos logísticos de buena calidad, que el MSPAS y APROFAM-ONG ya realizan en forma eficiente, usando la herramienta PipeLine.

En la Gráfica 34 se presenta la estimación global de cantidades de anticonceptivos para Guatemala. Para el cálculo de las cantidades a requerir, se incluyó el consumo y los incrementos anuales del MSPAS, ONG del PEC, IGSS, y APROFAM-ONG, de acuerdo al PipeLine de cada proveedor (**ver Anexo 12**). Estas estimaciones toman en cuenta los niveles de seguridad que las instituciones necesitan mantener en sus inventarios al final de cada año.

GRÁFICA 34 MSPAS, IGSS y APROFAM-ONG - Cantidades requeridas totales 2006 - 2010 (en millares)

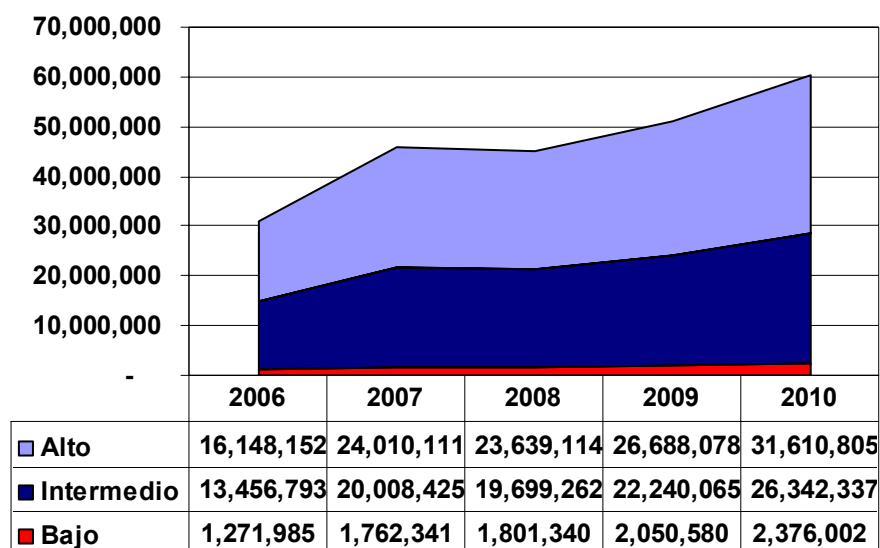


Fuente: Información de PipeLine de las organizaciones

REQUERIMIENTOS FINANCIEROS DEL MSPAS

El MSPAS ofrece anticonceptivos gratuitos a través de sus establecimientos en los tres niveles de atención de salud. Para mantener este nivel de cobertura, y considerando los niveles deseados de existencias al final de cada año (12 meses), la compra de anticonceptivos para el primer y segundo nivel (hospitales, centros y puestos de salud) deberá alcanzar US\$1,762,341 en 2007 y aumentará US\$2,376,002 en 2010, considerando una compra a precios **bajos***, como se observa en la Gráfica 35.

GRÁFICA 35 MSPAS - Requerimiento financiero para la compra de métodos temporales (US\$), a precios CIF (UNFPA), más costos de distribución



Fuente: Consumo de PipeLine, precios de UNFPA, USAID y Estudio Regional de Costos de Precios de Anticonceptivos (DELIVER 2005)

***Precios bajos:** basados en precios internacionales del UNFPA, más 5% gastos administrativos, más gastos de distribución al usuario final. **Precios intermedios:** precios de lista a mayoristas para compras locales, incluye 20% de descuento (estimado) por volumen. **Precios altos:** precios locales sin descuento por volumen. Se asumió un 3% de incremento anual en el precio unitario para los tres escenarios.

La Gráfica 35 no incluye los requerimientos de las ONG del PEC, los cuales se presentan más adelante en esta sección. Los precios intermedios y altos no incluye los costos de distribución al usuario final porque se asume que la compra se realizaría mediante contrato abierto, en cuyo caso los proveedores incluyen el costo de la distribución a la DAS en la estructura del precio que negocian en la adjudicación.

La Gráfica 35 muestra claramente el ahorro sustancial que podría tener el MSPAS, si a partir de 2008 realizara sus compras mediante acuerdos con organismos de las Naciones Unidas (UNFPA) para beneficiarse de los precios mayoristas internacionales (precios bajos).

Costos de anticonceptivos a precios bajos

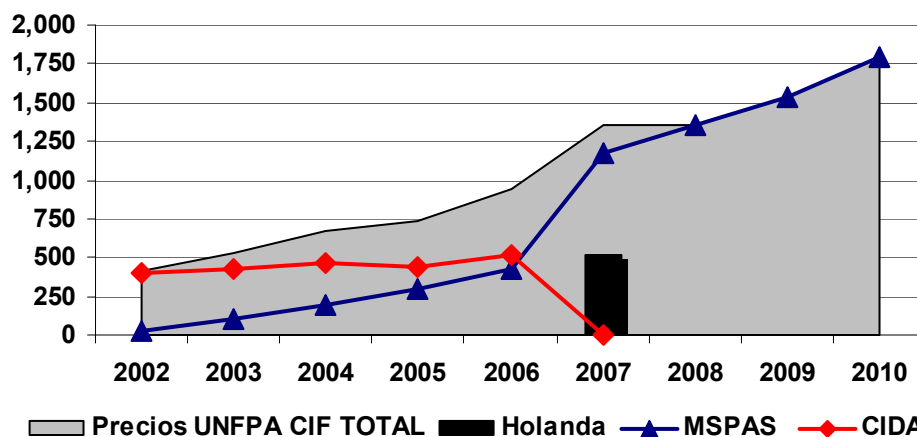
Según la Gráfica 35, las necesidades para el MSPAS ascienden a US\$1,762,341 en 2007, hasta alcanzar US\$2,376,002 en 2010, si el MSPAS establece un acuerdo de cooperación con una de las agencias de las Naciones Unidas (UNFPA). Esto representaría ahorros de casi US\$23.9 millones para el año 2010, comparado con compras locales a precios medios.

Costos de anticonceptivos a precios intermedios

Los requerimientos para el sector público aumentarían de US\$20 millones en 2007 a US\$26.3 millones en 2010 (Gráfica 35), si las compras de anticonceptivos se efectúan a precios intermedios. A pesar del ahorro que existe entre precios intermedios y altos para el año 2010 (US\$5.2 millones), el beneficio de comprar a través de un organismo internacional es evidente.

En la Gráfica 36 se presenta el financiamiento pasado y futuro del MSPAS, a precios CIF del UNFPA, sin agregar costos de distribución al usuario final. En esta gráfica se muestra la donación de la ACDI durante los años 2002 a 2005 y la sustitución gradual de las donaciones, así como el incremento de los aportes del MSPAS. En 2006 el aporte del 45% del MSPAS se complementa con el 55% que el UNFPA pagará con recursos de la ACDI. En 2007 el MSPAS duplica su aporte a la compra de anticonceptivos, con los recursos de la reserva más los recursos del 15% del impuesto a bebidas alcohólicas. A partir de 2008 el MSPAS empieza a financiar y adquirir el 100% de los anticonceptivos con los recursos provenientes del 15% del impuesto a bebidas alcohólicas. Para evitar una brecha en el financiamiento del Gobierno a partir de 2007, se asume que el MSPAS garantizará durante el año 2006 la asignación presupuestaria de US\$1.2 millones para financiar los anticonceptivos temporales (ver Tabla 9).

GRÁFICA 36 MSPAS - Requerimiento financiero pasado y futuro para la compra de anticonceptivos temporales (miles, US\$), a precios CIF (UNFPA), sin costos de distribución

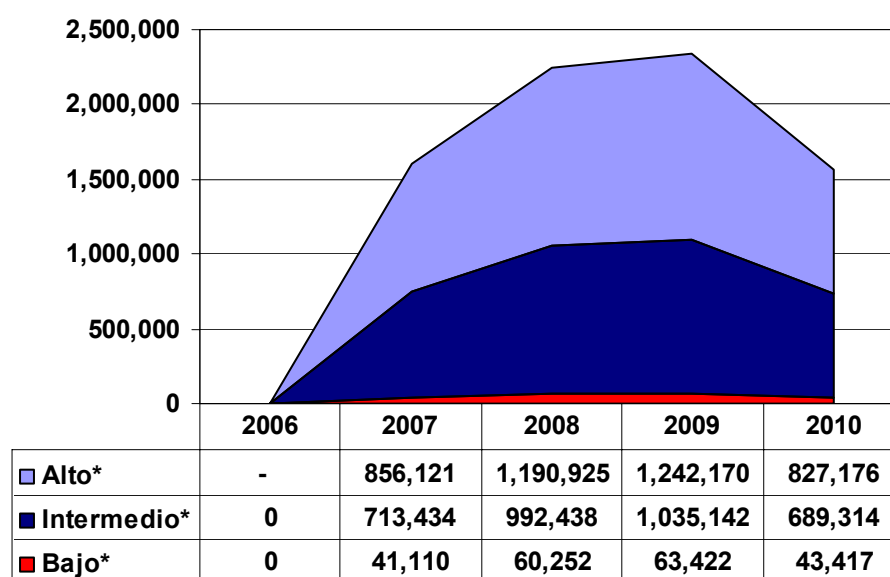


Fuente: Convenio de Cooperación UNFPA - MSPAS, información verbal UNFPA, PipeLine

REQUERIMIENTOS FINANCIEROS DE LAS ONG CONTRATADAS POR EL MSPAS PARA EXTENSIÓN DE COBERTURA (PEC) DE SERVICIOS DE SALUD

El Equipo Básico de Salud (EBS) ofrece los anticonceptivos en los centros de convergencia ubicados en áreas de difícil acceso. La estimación de necesidades y requerimientos financieros para las ONG tiene varias limitaciones. Algunas de ellas son el subregistro de consumo y la falta de información confiable sobre las existencias en las ONG y los centros de convergencia. Tomando en cuenta lo anterior, en la Gráfica 37 se presentan los requerimientos financieros para cubrir la demanda atendida por las ONG del PEC. Estos cálculos no incluyen la necesidad insatisfecha que pudieran atender las ONG, por la ubicación en áreas de difícil acceso. Además, estos requerimientos son adicionales a los presentados en la Gráfica 35 y se espera que el MSPAS los sume al presupuesto de compra del MSPAS que será financiado con los fondos ahorrados del Convenio con el UNFPA y los recursos del impuesto de bebidas alcohólicas.

GRÁFICA 37 ONG PEC del MSPAS - Requerimiento financiero para la compra de métodos temporales (US\$), a precios CIF (UNFPA), sin costos de distribución



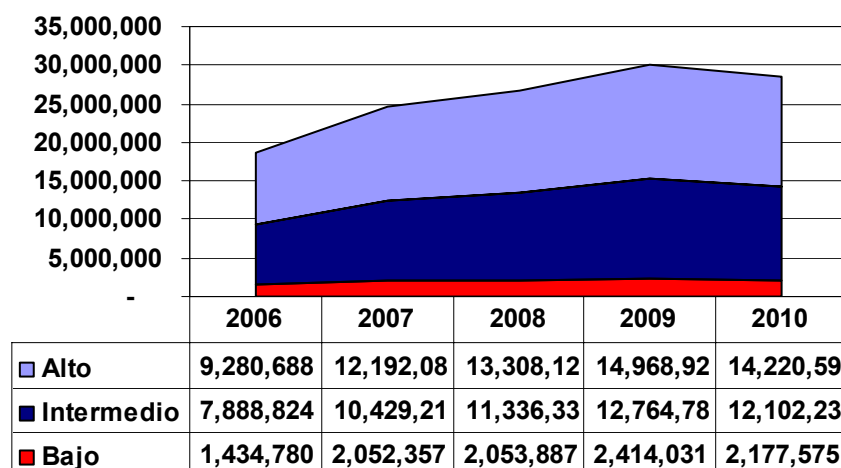
Fuente: Consumo de PipeLine, Precios de UNFPA
* Precio farmacia y distribuidor

***Precios bajos:** basados en precios internacionales del UNFPA, más 5% gastos administrativos, (no están disponibles costos de distribución al usuario final). **Precios intermedios:** precios de lista a mayoristas para compras locales, incluye 20% de descuento (estimado) por volumen. **Precios altos:** precios locales sin descuento por volumen. Se asumió un 3% de incremento anual en el precio unitario para los tres escenarios.

REQUERIMIENTOS FINANCIEROS DE APROFAM-ONG

APROFAM-ONG ha jugado un papel muy importante en la provisión de métodos anticonceptivos, llegando a poblaciones rurales y urbano-marginales, a través de programas de distribución comunitaria. Como resultado del plan de “reducción gradual de donaciones” de USAID, a partir del año 2005 APROFAM-ONG compra el 100% de los requerimientos con recursos propios. Ante las mejoras del sistema logístico del MSPAS y otros factores económicos, como la capacidad de pago de los (las) usuarios(as), la institución ha reducido igualmente su cobertura en el área urbano-marginal y en todas las áreas rurales, lo cual se reflejará en la adquisición de anticonceptivos en el futuro. Por otro lado, APROFAM-ONG ofrece una gama más amplia de opciones anticonceptivas que el MSPAS y el IGSS, lo cual está incluido en las estimaciones de sus requerimientos financieros que se presentan en la Gráfica 38:

GRÁFICA 38 APROFAM-ONG - Requerimiento financiero para la compra de anticonceptivos de métodos temporales (US\$), a precios CIF (UNFPA), más costos de distribución



Fuente: PipeLine y presupuesto de APROFAM-ONG

***Precios bajos:** basados en precios internacionales del UNFPA (más 5% de gastos administrativos) o IPPF. **Precios intermedios:** precios de lista a mayoristas para compras locales, incluye 20% de descuento (estimado) por volumen. **Precios altos:** precios locales sin descuento por volumen. Los tres escenarios incluyen costos de distribución al usuario final y 3% de incremento anual en el precio unitario.

Tal como lo muestra la Gráfica 38, si APROFAM-ONG continúa comprando sus anticonceptivos a través de IPPF o el UNFPA, en el período de 2006 a 2010 sus ahorros acumulados serían de US\$44.3 millones, a un promedio anual de US\$8.8 millones. Este nivel de recursos considera la compra de condones, DIU, Lo-Femenal, Depo-Provera®, Noristerat, Cyclofem, Microgynon y Jadelle.

Es importante resaltar que durante el plan de reducción gradual de anticonceptivos, USAID apoyó a APROFAM-ONG para formar un fondo exclusivamente para garantizar la compra de anticonceptivos después del año 2005. Por consiguiente, actualmente APROFAM-ONG tiene la capacidad financiera de continuar comprando el 100% de anticonceptivos en el futuro.

REQUERIMIENTOS FINANCIEROS DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

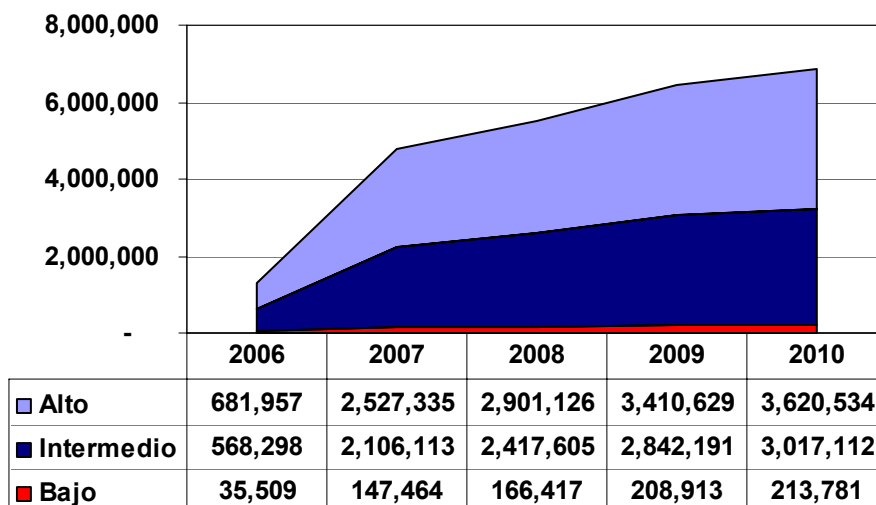
Ante la suspensión de los servicios de planificación familiar, el Jefe de la Sección Materno Infantil presentó un análisis de los ahorros que el IGSS obtiene en costos de atención materno infantil, cuando garantiza el derecho a servicios de planificación a todas las afiliadas y beneficiarias del IGSS. La información más sobresaliente de este análisis consiste en que el IGSS ahorra US\$6.27 por cada dólar que invierte en planificación familiar.³³ Después de varios meses de cabildeo interno, unido a los esfuerzos de vigilancia de grupos de mujeres y del Congreso, la Junta Directiva publicó el Acuerdo Gubernativo 1165 de fecha 20 de septiembre de 2005, en el cual incorpora la Salud Reproductiva como parte de las prestaciones de servicio del IGSS. El acuerdo también determina que el IGSS programará recursos suficientes para la compra de anticonceptivos.

A pesar de que la medida tomada en 2003 provocó un fuerte sobreabastecimiento de anticonceptivos, se espera que el nivel de consumo del IGSS sea igual o mayor al del año 2002. Tomando lo anterior como un supuesto óptimo, se calcularon los requerimientos de compras de anticonceptivos en base al consumo en 2002, e incrementos del 10% durante el período proyectado (2006 a 2010). También se tomaron en

33 GSD Consultores, AVSC Internacional “Impacto Económico del programa de Planificación Familiar-IGSS”, auspiciado por USAID, 1999

cuenta las fechas de vencimiento del producto que está en la Bodega Central del IGSS. La Gráfica 39 presenta los requerimientos financieros, tomando los precios CIF del UNFPA como referencia.

GRÁFICA 39 IGSS - Requerimiento financiero para la compra de anticonceptivos de métodos temporales (US\$), a precios CIF (UNFPA), sin costos de distribución



Fuente: Consumo de PipeLine, Precios de UNFPA, USAID y Estudio Regional de Costos de Precios de Anticonceptivos (DELIVER 2005)

***Precios bajos:** basados en precios internacionales del UNFPA, más 5% de gastos administrativos. **Precios intermedios:** precios de lista a mayoristas para compras locales, incluye 20% de descuento (estimado) por volumen. **Precios altos:** precios locales sin descuento por volumen. Se asumió un 3% de incremento anual en el precio unitario para los tres escenarios.

Al igual que los demás proveedores de servicios de planificación familiar, contar con el UNFPA como intermediario para las compras futuras es la mejor alternativa disponible para el IGSS. Actualmente el IGSS está en conversaciones con el UNFPA para iniciar un convenio para la compra de anticonceptivos.

Durante el período de 2006 a 2010, el total de recursos financieros necesarios para comprar los anticonceptivos temporales, a precios bajos, para las instituciones incluidas en esta sección ascenderá a US\$20.4 millones, con un promedio anual de US\$4 millones. Esta cifra no incluye lo que requerirían los proveedores para disminuir la demanda insatisfecha.

Los hallazgos y el análisis de la sección de financiamiento, permiten determinar que en general, los principales proveedores de servicios de PF han logrado importantes avances para invertir recursos financieros propios en la compra de anticonceptivos y la logística. Destaca el 100% de sostenibilidad en el financiamiento y compra de anticonceptivos de IPROFASA y APROFAM-ONG. En el caso del MSPAS, son notables los aportes progresivos durante el 2002 a 2005 y la Ley del Impuesto a Bebidas Alcohólicas que obliga al Gobierno a asignar el 15% para el PNSR. Sin embargo, el aseguramiento de estos recursos dependerá de la priorización del presupuesto de SR para la compra de anticonceptivos. También existen oportunidades de afianzar la inversión en anticonceptivos mediante la asignación de recursos en un rubro específico de anticonceptivos en el presupuesto del Estado. El IGSS también aportó recursos propios a la compra en 2003 y a partir del 2006, planea comprar el 100% de sus requerimientos.

CONCLUSIONES

Todos los hallazgos indican que en los últimos diez años Guatemala ha avanzado para mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar y la disponibilidad asegurada de anticonceptivos (DAIA). Las organizaciones públicas, organizaciones no gubernamentales y en general la población guatemalteca respaldan y demandan los servicios de planificación familiar para lograr el cumplimiento de las metas de reducción de la mortalidad materna e infantil y propiciar mejores condiciones de vida para las parejas guatemaltecas.

A continuación se presentan las conclusiones del diagnóstico, las cuales se han organizado en base a los elementos de la DAIA que se analizaron durante el estudio: la demanda y uso de anticonceptivos, el liderazgo y compromiso político, la logística, el financiamiento y las adquisiciones, y la coordinación entre los actores del sector salud.

CLIENTE: USO Y DEMANDA DE ANTICONCEPTIVOS

- En menos de tres años Guatemala redujo la TGF de 5 a 4.4 hijos por mujer, y aumentó la TPA en 5 puntos porcentuales. Sin embargo, Guatemala sigue siendo el país de Latinoamérica con la tasa de prevalencia de anticonceptivos más baja después de Haití. Sobre todo, es evidente que existe un gran desafío para reducir la necesidad insatisfecha (27%), que es mayor entre la población más pobre (23%) que la población con más recursos (1%). El análisis de uso y demanda también evidenció que la necesidad insatisfecha de la población más pobre (23%) es superior al uso de anticonceptivos modernos (16%). También hay una brecha alarmante en el uso de anticonceptivos entre adolescentes de 15 a 19 años, que solamente alcanza el 18% versus el 34% de la TPA de métodos modernos.
- Esto confirma que todavía existen grandes limitaciones para el acceso de anticonceptivos, particularmente entre la población indígena, la población de escasos recursos y las mujeres adolescentes, quienes han expresado su deseo de espaciar los embarazos y usar anticonceptivos. En este tema, Guatemala tiene tres grandes desafíos: mantener la prevalencia actual, disminuir la necesidad insatisfecha y atender las necesidades de las mujeres en edad fértil que se suman cada año a la población.
- Si Guatemala lograra disminuir dramáticamente la necesidad insatisfecha podría alcanzar una prevalencia de casi el 70%, al sumar la prevalencia actual y la necesidad insatisfecha.
- En el marco de la reforma del sector salud, mediante la estrategia de extensión de cobertura, el MSPAS ha incorporado los servicios de planificación familiar en el paquete básico de servicios materno infantil. Éste es un inicio para lograr la cobertura universal, incluida la planificación familiar, y es una estrategia con grandes posibilidades para llegar a las poblaciones más pobres, menos accesibles y con más necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar. El desafío será coordinar entre los proveedores para no duplicar la oferta de servicios en ciertas áreas geográficas, y descuidar otras sin cobertura.
- Las políticas operativas, normas, protocolos y estándares de atención en salud reproductiva también han facilitado el acceso a los servicios de planificación familiar. Sin embargo, el país aún enfrenta el desafío de reducir las barreras médicas e institucionales existentes, que predominan más hacia ciertos métodos anticonceptivos como el DIU.
- A pesar de que el consumo de las ONG del PEC, de acuerdo a los reportes del MSPAS, no suma ni el 1% del total del consumo del país, el MSPAS considera importante mantener este servicio, debido a

que los centros de convergencia están ubicados en los lugares más lejanos e inaccesibles del país. Es en estos lugares donde la necesidad insatisfecha es mayor y las barreras de acceso físico y económico representan un mayor reto.

COMPROMISO Y LIDERAZGO POLÍTICO

- El contexto político y legal refleja el compromiso del Gobierno de Guatemala de garantizar el acceso a los métodos anticonceptivos, tanto modernos como tradicionales. Resalta especialmente el fortalecimiento del marco legal, en particular, la Ley de Desarrollo Social y la Política de DSP, la Ley del Impuesto a Bebidas Alcohólicas que asigna el 15% de ingresos al Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) y la Ley de Acceso Universal y Equitativo a los Servicios de Planificación Familiar. La oficialización del PNSR en 2001 fue una decisión que marcó un nuevo y prometedor rumbo para los servicios de planificación familiar del MSPAS, programa que se ha consolidado e institucionalizado en los últimos tres años.
- Asimismo, a partir de 2004, el MSPAS ha demostrado su determinación en institucionalizar la administración logística, de tal manera que se dependa cada vez menos del apoyo externo. Una de las medidas tomadas a principios de la actual administración fue financiar con recursos propios a la persona del PNSR responsable de la logística, quien a partir de 2006 será la responsable de dirigir la recién creada Unidad de Logística.
- La ley que asigna el 15% del ingreso fiscal por consumo de bebidas alcohólicas, permitió que por primera vez en la historia, aparezca una partida en el presupuesto del MSPAS para financiar los servicios de salud reproductiva. Sin embargo, aún no existe una partida presupuestaria exclusiva para la compra de los requerimientos de métodos anticonceptivos del MSPAS.
- En la actualidad, Guatemala cuenta con un grupo de líderes y lideresas, tanto en el Organismo Ejecutivo como Legislativo, que han mantenido en la agenda política la importancia del espaciamiento de embarazos y la planificación familiar. El motivo principal de mejorar el acceso a estos servicios es la convicción de que la planificación familiar es una de las estrategias más costo-efectivas para reducir la mortalidad materna e infantil.
- Destaca el movimiento de mujeres que desarrollan actividades de promoción y defensa pública a favor del derecho humano de las mujeres y los hombres de contar con servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar, que deben brindarse con calidad, con enfoque de género y con equidad. Estos grupos de mujeres han mantenido un diálogo permanente con el MSPAS y el Congreso, para asegurar que los planes del Gobierno y la legislación favorezcan el acceso a estos servicios.
- Uno de los mayores logros fue la reapertura de los servicios de planificación familiar del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que se logró con el esfuerzo y compromiso conjunto de las autoridades del IGSS, la vigilancia de los grupos de mujeres, y la fiscalización por parte de las mujeres parlamentarias para que el IGSS asuma su responsabilidad de brindar servicios de planificación familiar a las afiliadas y beneficiarias con derecho. Uno de los argumentos más sólidos utilizados durante este proceso de cabildeo fue el análisis costo-beneficio que se obtiene de brindar servicios de planificación familiar.

COORDINACIÓN

- Una de las experiencias de coordinación que se consideran exitosas es el Grupo Interagencial en Información, Educación y Comunicación (IEC) en Salud Reproductiva. Este grupo realizó esfuerzos para estandarizar los mensajes clave de salud reproductiva y planificación familiar. Este aspecto es de

gran trascendencia y complejidad, tomando en cuenta las diferentes culturas e idiomas existentes en el país.

- Otro grupo que se reúne y aborda los temas de población y salud reproductiva es la Comisión Nacional de Población (CONAPO), donde participan actores políticos importantes que están comprometidos en abordar las políticas públicas con un enfoque de población y desarrollo. También están comprometidos en continuar impulsando acciones que mejoren el acceso a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, con enfoque de equidad y el respeto a la identidad cultural de las diferentes etnias del país.
- La mayoría de las personas entrevistadas coincidieron en que la coordinación es muy incipiente. No obstante durante el estudio se pudo observar que el mercado de anticonceptivos está segmentado en forma natural, sin un proceso activo de coordinación entre los diferentes proveedores de servicios de planificación familiar. Sin embargo, es evidente que hay oportunidades para seguir coordinando y focalizando los servicios proporcionados por el sector público y el privado.

Focalización de recursos y segmentación de mercado

- Las ONG del PEC y el IGSS tienen gran potencial para ampliar la oferta de servicios de planificación familiar y contribuir a la disminución de la necesidad insatisfecha.
- El MSPAS enfrenta el reto de focalizar los escasos recursos asignados a la salud pública en general y a los servicios de planificación familiar, para atender a las poblaciones más vulnerables, que tienen menos acceso a los servicios de planificación familiar.

CAPACIDAD ORGANIZACIONAL

- La capacidad del MSPAS para proyectar las necesidades anticonceptivas del país, usando la herramienta SPECTRUM es incipiente, y depende de la asistencia técnica externa. A la fecha se han realizado pocos ejercicios donde se planteen escenarios que sirvan para sensibilizar a las personas que influyen en las políticas públicas y la priorización del gasto gubernamental.
- Las barreras médicas e institucionales que prevalecen en los tres proveedores principales de servicios de PF evidencian el reto de mejorar las habilidades en consejería, el manejo de efectos secundarios y disminuir los sesgos del proveedor. Dicho estudio demuestra que, a pesar de haber disminuido la severidad de ciertas barreras, otras todavía persisten. Por ejemplo: el permiso del cónyuge para el uso de anticonceptivos, el porcentaje de proveedores que requieren paridad mínima para la esterilización voluntaria femenina, proveedores que deciden el método anticonceptivo a usar, proveedores que desconocen los efectos secundarios y limitan el uso de parte del cliente.
- El control de calidad de los medicamentos es normado por el Departamento de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud (DRVCS) del MSPAS, pero no existen normas que sistematicen los procedimientos de control de calidad de los anticonceptivos.

LOGÍSTICA

Descentralización e integración del sistema logístico del MSPAS

- La unidad de logística que el MSPAS creó a partir de abril de 2006, involucra una serie de desafíos relacionados con la integración y descentralización del sistema logístico. Esta iniciativa surge de la experiencia exitosa de la logística de anticonceptivos, y la unidad tendrá entre sus funciones básicas conformar un grupo de supervisión que apoye la logística de medicamentos trazadores en las Direcciones de Área de Salud, mejorar la función de adquisiciones de medicamentos, implementar el Módulo de Logística a nivel nacional, mejorar la estimación de necesidades y el control de inventarios de los medicamentos y otros insumos que se administran en forma vertical.

- La supervisión, monitoreo y evaluación, así como el recurso humano en logística son aspectos que pueden ser mejorados. La Unidad de Logística creada en abril de 2006 será la responsable de diseñar un sistema integrado de supervisión y monitoreo para mejorar la disponibilidad de anticonceptivos y medicamentos.

Sistema de administración logística de anticonceptivos

- El análisis del sistema logístico realizado en 23 establecimientos del MSPAS sirvió para conocer en forma general el desempeño actual del sistema logístico. Este análisis, unido a los resultados de los inventarios físicos del PNSR realizados desde 2002 a la fecha, y los cuatro estudios cuantitativos del sistema logístico del MSPAS realizados entre 1999 y 2002, indican que la disponibilidad de anticonceptivos ha mejorado sustancialmente durante los últimos seis años.
- Sin embargo, durante las visitas se observaron desbalances en las existencias de los cuatro anticonceptivos, especialmente sobreabasteciendo de Lo-Femenal y DIU, y la Depo-Provera® fue el método con mayor frecuencia de abastecimiento por debajo del nivel mínimo. El sobreabastecimiento de Lo-Femenal y DIU puede estar ocurriendo por la falta de oferta del método y la falta de monitoreo del consumo promedio mensual. Otras razones podrían relacionarse con los sesgos del proveedor en ofertar el DIU.
- El sistema logístico de las ONG no se pudo analizar a profundidad, pero se identificaron algunas dificultades de índole administrativa para garantizar la disponibilidad de los anticonceptivos. En las visitas de campo a tres ONG y tres centros de convergencia, se observó que la información no fluye de manera oportuna a la Unidad Prestadora de Servicios de Salud 1 (UPS1) y por consiguiente es difícil mantener actualizado el PipeLine y conocer la demanda real, con cierto grado de confianza. Por otro lado, se observó que existen obstáculos en los procedimientos de reabastecimiento, en especial de índole presupuestaria, ya que los recursos asignados para el pago del transporte que subcontrata APROFAM-ONG, no siempre son suficientes para realizar varios pedidos al año
- La mayoría del personal de salud entrevistado dentro del MSPAS hizo énfasis en que el abastecimiento ha mejorado por la excelente coordinación entre las Áreas de Salud y el PNSR. Mencionaron esto como uno de los factores principales de las mejoras en el abastecimiento. Además, tienen la percepción que el PNSR siempre tiene anticonceptivos, y que esto es fundamental para mantener bien abastecidos todos los servicios.

Monitoreo de las adquisiciones y estimación de necesidades

- Los principales proveedores de planificación familiar (MSPAS, APROFAM-ONG e IPROFASA) están usando la herramienta PipeLine en forma rutinaria, y en el caso de IPROFASA y APROFAM-ONG la utilizan para otros medicamentos. Desde 1998, el PipeLine ha servido para el monitoreo de la cadena de suministros y para estimar las cantidades de anticonceptivos que se comprarán anualmente, tarea que todas las organizaciones están realizando en forma muy eficiente. Este es un hallazgo sumamente positivo, ya que refleja el grado de institucionalización del uso de esta herramienta. El IGSS también usa PipeLine, pero en la actualidad está subutilizado, ya que lo usan únicamente para registrar el consumo. Asimismo, el UNFPA es usuario de esta herramienta y es la base para la programación de los pedidos de anticonceptivos para el MSPAS.

Sistema de información para la administración logística (SIAL)

- El 100% de los 23 establecimientos visitados llenan todos los instrumentos de registro y reporte que definen las Normas de Suministros y el Manual de Normas y Procedimientos de Logística, en especial la Tarjeta de Control de Suministros y el BRES.
- Se observó que los informes mensuales BRES fluyen en forma rutinaria y mensual, según el calendario de logística definido por el SIGSA y el PNSR.

- Uno de los hallazgos que sobresalen más es la institucionalización del Módulo de Logística, el cual es administrado directamente por la Coordinación del SIGSA, y forma parte de los módulos oficiales del MSPAS. Inicialmente el Módulo se utilizó en seis Áreas de Salud únicamente para anticonceptivos, y a partir de 2005 y 2006 iniciaron la etapa de expansión al resto de Áreas de Salud para su uso y aplicación para todos los medicamentos. Se espera que las mejoras de programación realizadas en los últimos meses garanticen el funcionamiento adecuado del sistema.

CAPITAL: FINANCIAMIENTO Y ADQUISICIÓN

- Los principales proveedores de servicios de planificación familiar han asegurado el financiamiento de anticonceptivos con recursos propios. IPROFASA, una empresa comercializadora de productos farmacéuticos, que recibió apoyo técnico y financiero de USAID, a partir de 2003 compra con recursos propios el 100% de los anticonceptivos. APROFAM-ONG cuenta con un fondo especial para la compra de anticonceptivos y realiza en forma independiente los procesos de adquisición.
- El Gobierno de Guatemala también logró un importante avance con la aprobación de la “Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas y Otras Bebidas Fermentadas”, que obliga al Estado a asignar por lo menos el 15% de la recaudación para programas de salud reproductiva, planificación familiar y alcoholismo del MSPAS. Sin embargo, todavía hace falta asegurar el financiamiento en un rubro específico de anticonceptivos en el presupuesto del Estado.
- Desde 2002, mediante un convenio de cooperación con el UNFPA, financiado por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) y el gobierno de Holanda, el MSPAS ha contribuido con recursos propios para la compra de anticonceptivos. Estos aportes se mantienen en una cuenta que podrá servir cuando terminen las donaciones de la ACDI y Holanda en 2007.
- A la fecha, el MSPAS no ha utilizado los servicios de agente de compras del UNFPA, lo cual es una de las mejores alternativas para aprovechar los precios bajos y la calidad que se obtienen en el mercado internacional.

RECOMENDACIONES

Es evidente que los dos desafíos más importantes para el país son, en primer lugar, garantizar el financiamiento de anticonceptivos del MSPAS, y en segundo lugar, orientar el mercado de anticonceptivos con el propósito de disminuir la necesidad insatisfecha. Para asegurar el financiamiento, es necesario aumentar, en general, el nivel de financiamiento público de la salud, de tal forma que parte de los recursos del PNSR se puedan destinar para la compra del 100% de anticonceptivos. Para disminuir la necesidad insatisfecha es importante unir esfuerzos de los principales proveedores, analizar sus fortalezas y oportunidades, y lograr acuerdos para cubrir a la población sin acceso a los servicios de planificación familiar.

A continuación se presentan recomendaciones específicas por proveedor, abordando los hallazgos y las conclusiones principales del diagnóstico.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (INCLUYE LAS ONG DEL PEC)

REDUCIR LAS BARRERAS MÉDICAS E INSTITUCIONALES PARA DISMINUIR LA NECESIDAD INSATISFECHA

- Redoblar los esfuerzos para disminuir las barreras médicas e institucionales, mediante la asignación de personal en las DAS con habilidades para trabajar en equipo, actualizar al personal en tecnología anticonceptiva, establecer mecanismos de capacitación sostenibles, fortalecer la supervisión facilitante, y consolidar el sistema logístico que evite el desabastecimiento y desperdicio de productos.

FOCALIZACIÓN DE RECURSOS DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE PF

- Cada proveedor en el sector público y privado cuenta con potencial para focalizar sus esfuerzos y recursos en los segmentos de población que les corresponde, tomando en cuenta las diferentes variables geográficas, socioeconómicas, demográficas y culturales de la población.
- El MSPAS necesita focalizar los recursos financieros del 15% del impuesto a bebidas alcohólicas en las poblaciones más alejadas, pobres y rurales del país, mientras que el IGSS mejora y amplía la cobertura de la población afiliada y las beneficiarias con derecho.
- Se recomienda formar un grupo técnico donde se analice en forma conjunta el mercado de anticonceptivos y se lleguen a acuerdos para servir las necesidades de toda la población, evitando la duplicidad de la oferta en ciertos departamentos y atendiendo la necesidad insatisfecha.

FACILITAR LA COLABORACIÓN Y COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

- Con el fin de definir estrategias prácticas para focalizar los recursos y disminuir la necesidad insatisfecha, es indispensable que el MSPAS, como rector de la salud, propicie la creación de un grupo técnico que identifique estrategias complementarias para enfrentar los retos a futuro. El propósito principal de esta coordinación es buscar estrategias en el corto plazo que mejoren el acceso, especialmente donde hay más necesidad insatisfecha, es decir en los estratos socioeconómicos más pobres, en el área rural y las áreas urbano-marginales.

RECOMENDACIONES LOGÍSTICAS

MANTENER Y CONSOLIDAR LA CAPACIDAD LOGÍSTICA DE ANTICONCEPTIVOS EN EL MARCO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

- Tomando en cuenta que las decisiones sobre descentralización e integración pueden afectar positiva o negativamente el desempeño de los sistemas logísticos, se recomienda que el personal a cargo de la Unidad de Logística recién conformada, considere los siguientes aspectos para el plan gradual de integración:
 - Oficializar la creación de la Unidad de Logística, mediante acuerdo ministerial, en el cual se indique que la Unidad reporta directamente a la Gerencia General. En términos organizacionales, esta ubicación en la estructura orgánica brindará el nivel de autoridad necesario para un equipo de trabajo a cargo de una de las funciones gerenciales más importantes de la salud pública, la gestión eficiente y transparente de los medicamentos esenciales y otros insumos.
 - Analizar cuidadosamente el desempeño de las funciones del sistema logístico: presupuesto, selección de productos, estimación de necesidades, adquisiciones, control del inventario, transporte, sistema de información, recursos humanos, capacitación, supervisión, monitoreo y evaluación, apoyo gerencial y protocolos de tratamiento. Determinar cuál de estas funciones, que actualmente están centralizadas, operan eficientemente; y por el contrario, qué funciones se ejecutan con más eficiencia si se descentralizan. El mismo análisis se requerirá para definir aquellas funciones que conviene integrar.
 - Mantener la función del sistema de información para la administración logística (SIAL) integrada, cuidando que la rectoría y la normativa permanezcan en el nivel central. Un aspecto central es garantizar que las DAS trasladen la información logística de todos los medicamentos, vacunas y anticonceptivos al SIGSA para la consolidación de información. El Módulo de Logística facilitará el flujo de información de los niveles locales al nivel central.
 - Se recomienda que la Unidad de Logística elabore un plan de supervisión capacitante, con enfoque integral y descentralizado, el cual apoye al personal en las DAS para mejorar el registro y análisis de la información logística. Este plan deberá focalizar esfuerzos para mejorar la supervisión y el monitoreo en el Distrito Municipal de Salud, hacia los centros, los puestos y las ONG.

INSTITUCIONALIZAR Y FORTALECER LAS FUNCIONES LOGÍSTICAS, QUE SE HAN EJERCIDO CON APOYO EXTERNO

- Se recomienda desarrollar un plan de institucionalización que le permita al MSPAS continuar consolidando las capacidades para ejercer las funciones logísticas, que se han llevado a cabo con apoyo técnico externo. Por ejemplo: la adquisición de anticonceptivos, utilizando los servicios de agente de compras del UNFPA; la programación de necesidades usando toda la información logística disponible, y apoyándose en la herramienta PipeLine; identificar y desarrollar las habilidades de personas a cargo de la logística en el nivel local.
- En base a las modificaciones recientes en la metodología de capacitación en logística, desarrollar una estrategia de capacitación sostenible, que traslade la responsabilidad de la capacitación y la supervisión a los niveles locales, para que estos procesos no se pierdan en la medida que los cooperantes disminuyen su apoyo.

LLEVAR A CABO UN ESTUDIO A NIVEL NACIONAL DE LOS INDICADORES DEL SISTEMA LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS, ANTICONCEPTIVOS Y OTROS INSUMOS

- Se recomienda llevar a cabo un estudio de indicadores del sistema logístico en 2006, que sirva de línea de base, a partir de la fecha en que se creó la nueva Unidad de Logística. Esto le permitirá al MSPAS monitorear las mejoras o retos del sistema logístico, identificar las fortalezas y debilidades, así como las intervenciones de mejora.
- El estudio propuesto también deberá incluir la evaluación del desempeño logístico de las ONG del PEC del MSPAS, con el propósito de determinar la situación actual y los aspectos que limitan un adecuado abastecimiento de anticonceptivos.

INTEGRACIÓN DEL SISTEMA LOGÍSTICO DE LAS ONG A LA UNIDAD DE LOGÍSTICA

- Una de las acciones inmediatas es fortalecer el sistema logístico de las ONG del programa de extensión de cobertura, de tal forma que mejore el abastecimiento y la oferta de anticonceptivos a la población más vulnerable.
- El actual modelo de gestión del MSPAS promueve la coordinación entre el Distrito Municipal de Salud (DMS), los puestos de salud y las ONG. En base a este modelo, la mejor alternativa identificada es integrar la distribución y manejo de información de anticonceptivos de las ONG a la Unidad de Logística. Este cambio tendrá varias ventajas: trasladar los anticonceptivos a través de un mismo canal de distribución, mejorar la coordinación entre el Distrito Municipal de Salud y el personal de la ONG, mejorar el flujo de información, la distribución y la estimación de necesidades.
- Se recomienda desarrollar con anticipación, un plan de acción para integrar la distribución de anticonceptivos de las ONG a la Unidad de Logística, antes de que concluya el convenio de distribución entre el MSPAS y APROFAM-ONG en diciembre de 2006.

MEJORAR LA ESTIMACIÓN DE NECESIDADES Y LA PROGRAMACIÓN ANUAL, EN BASE A INFORMACIÓN LOGÍSTICA DE CALIDAD

- Se recomienda que la Unidad de Logística continúe utilizando PipeLine, y refuerce el monitoreo de la calidad de la información logística, incluyendo la información de la Demanda Real, y el dato de “no entregado a usuarios”. Durante los ejercicios de estimación de necesidades, se recomienda tomar en cuenta toda la información logística disponible, monitorear la calidad, de tal forma que la estimación de necesidades y la programación de recursos financieros garantice un adecuado abastecimiento en toda la cadena de suministros.

CONTINUAR LA PRIORIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE SALUD QUE NECESITAN MAYOR APOYO Y TUTORÍA PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO LOGÍSTICO

- Se recomienda que el MSPAS continúe priorizando las DAS que requieren más supervisión y apoyo del nivel central. Esto ayuda al uso eficiente de los recursos escasos, tanto humanos como financieros, y garantiza mejoras de desempeño donde más se necesitan.

EL MÓDULO DE LOGÍSTICA CUENTE CON RECURSOS TÉCNICOS, HUMANOS Y FINANCIEROS ADECUADOS PARA SU IMPLEMENTACIÓN EXITOSA

- Los procesos de automatización del sistema de información logística se tornan más complejos cuando no se cuenta con los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para instalar y mantener el sistema. Por ello, se recomienda que el MSPAS movilice recursos tanto internos como de los donantes para apoyar el mantenimiento del sistema a nivel nacional. La inversión en este módulo tiene un alto rendimiento cuando se toma en cuenta que uno de los rubros más importantes del presupuesto del MSPAS es el de medicamentos.

FINANCIAMIENTO Y ADQUISICIÓN

GARANTIZAR EL FINANCIAMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS CON RECURSOS DE LA LEY DEL IMPUESTO A BEBIDAS ALCOHÓLICAS

- Se recomienda que el MSPAS continúe la coordinación y el diálogo con el Congreso, el Ministerio de Finanzas Públicas y los grupos de la sociedad civil, quienes pueden incidir en la disponibilidad oportuna de los recursos del 15% del impuesto a bebidas alcohólicas al PNSR.
- Es recomendable también, incidir en la creación de un rubro en el presupuesto del Estado, que sea exclusivo para la compra de anticonceptivos. Este paso sería la consolidación del marco legal favorable a la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos.
- Con el fin de garantizar los precios bajos y la calidad de anticonceptivos que se obtienen por medio del UNFPA, se recomienda que a partir de 2007 el MSPAS utilice los servicios de agente de compras del UNFPA. Para esto, se requerirá una excepción a la Ley de Compras y Contrataciones del Estado, y la firma de una Carta Acuerdo entre el MSPAS y UNFPA para la compra de anticonceptivos.

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

EL IGSS, CON RECURSOS DE LOS ASEGURADOS, DEBE CUBRIR LAS NECESIDADES ANTICONCEPTIVAS DE LAS AFILIADAS Y BENEFICIARIAS CON DERECHO EN EL SECTOR LABORAL FORMAL

- En base al análisis del mercado del presente estudio, es evidente que el IGSS debe agilizar la implementación de medidas para re-abrir los servicios de PF en todos los consultorios, hospitales y clínicas asistenciales. El IGSS debe presupuestar recursos para atender a la población que paga sus aportes al IGSS, y que generalmente pertenece a los quintiles socioeconómicos medios (Q2 y Q3). Esto evitará, por un lado, un doble gasto de bolsillo de las afiliadas del IGSS, que acuden a APROFAM-ONG y además, la disminución de los ya escasos recursos del MSPAS, que atiende a afiliadas del IGSS.

SOCIALIZAR LAS NORMAS Y MANUALES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y DE LA ADMINISTRACIÓN LOGÍSTICA

- Con la reapertura del programa de planificación familiar, es recomendable que el IGSS socialice nuevamente la normativa del manejo de anticonceptivos a través de procesos de capacitación en servicio, guiados por el Manual de Logística que el IGSS publicó en el año 2003. También será útil actualizar la información del desempeño del sistema logístico mediante el desarrollo de un estudio de indicadores del sistema logístico.

MONITOREAR EN FORMA PERMANENTE EL POSIBLE VENCIMIENTO DE PRODUCTOS

- Como consecuencia de la suspensión del programa de PF, el IGSS cuenta con exceso de existencias, especialmente de Lo-Femenal. Se recomienda que el IGSS monitoree de cerca las fechas de vencimiento para evitar posibles pérdidas.

APROFAM-ONG

CONTINUAR MEJORANDO LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PF

- Al igual que el MSPAS y el IGSS, APROFAM-ONG todavía enfrenta retos para reducir las barreras médicas e institucionales a la planificación familiar. Se recomienda que redoble sus esfuerzos para eliminar dichas barreras y garantizar a las parejas el acceso libre e informado a una amplia variedad de opciones anticonceptivas.

EXPANDIR LA OFERTA DE SERVICIOS DE PF A LOS CLIENTES EN EL ESTRATO MEDIO Y MEDIO ALTO, SIN DESCUIDAR AL SEGMENTO MEDIO BAJO

- En la medida que APROFAM-ONG busca el 100% de sostenibilidad, se le presentan oportunidades para servir a las poblaciones con capacidad de pago y que buscan sus servicios por su calidad y diferenciación en la atención a la paciente y la consejería. Se recomienda que APROFAM-ONG continúe sirviendo a estos segmentos, al mismo tiempo que busca alianzas con el MSPAS para atender a los segmentos de escasos recursos a través del programa de desarrollo rural.
- Una de las alianzas con el MSPAS podría ser la oferta de servicios a través de las unidades móviles, que serviría para atender la demanda insatisfecha ampliamente identificada a través de la ENSMI y otros estudios.

BIBLIOGRAFÍA

Calidad En Salud, 2004 y 2005. *Análisis de Oferta y Demanda de Anticonceptivos y Servicios de Planificación Familiar en Guatemala*. Informes Preliminares. Guatemala: para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Congreso de la República de Guatemala. 2003. *Constitución Política de la República de Guatemala*. Reformada por la consulta popular, Acuerdo Legislativo 18-93. Guatemala: Impreso en Librería Jurídica.

DELIVER. 1999. *Encuesta de Monitoreo del Sistema Logístico (EMSL)*, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Guatemala: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

DELIVER. 2000. *Encuesta de Monitoreo del Sistema Logístico (EMSL)*, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Guatemala: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

DELIVER. 2001. *Encuesta de Monitoreo del Sistema Logístico (EMSL)*, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Guatemala: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

DELIVER. 1999. *Encuesta de Monitoreo del Sistema Logístico (EMSL)*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

DELIVER. 2000. *Encuesta de Monitoreo del Sistema Logístico (EMSL)*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

DELIVER. 2001. *Encuesta de Monitoreo del Sistema Logístico (EMSL)*, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

DELIVER., Gestión y Tecnología en Salud y Desarrollo (GETSA), USAID 2002. *Evaluación del Sistema Logístico del Ministerio de Salud de Guatemala*.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE). 2002. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (Hombres)*. Guatemala: Impreso en Editorial ÓSCAR DE LEÓN PALACIOS.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE). 2002. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002 (Mujeres)*. Guatemala: Impreso en Editorial ÓSCAR DE LEÓN PALACIOS.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), APROFAM-ONG, Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM), Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG), USAID, Proyecto POLICY II. 2003. *Estudio de las Barreras Médicas e Institucionales para la Prestación de Servicios de Planificación Familiar en Guatemala*. Guatemala.

DELIVER. 2006. *Estudio de precios de anticonceptivos y el marco legal de adquisiciones en Guatemala*. Informe Preliminar DELIVER: para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) 2005. *Guía de Atención Básica y Uso de Medicamentos, Guía de Aprendizaje para personal de puestos y centros de salud*. Guatemala.

GSD Consultores, AVSC Internacional 1999. *Impacto Económico del Programa de Planificación Familiar-IGSS*. Guatemala.

Secretaría General de Planificación y Programación (SEGEPLAN). 2005. *Informe Anual 2005 Política de Desarrollo Social y Población*. Guatemala.

Secretaría General de Planificación y Programación (SEGEPLAN). Informe Anual 2005 Política de Desarrollo Social y Población. <http://www.segeplan.gob.gt/>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2003. *Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000*.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), USAID, Proyecto POLICY II. 2002 *Informe Nacional de Salud Reproductiva, Avances y Resultados 2001*. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Marzo 2004. *Inventario Nacional de Anticonceptivos Marzo 2004*.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Septiembre 2004. *Inventario Nacional de Anticonceptivos Septiembre 2004*.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Marzo 2005. *Inventario Nacional de Anticonceptivos Marzo 2005*.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Septiembre 2005. *Inventario Nacional de Anticonceptivos Septiembre 2005*.

Ministerio de Finanzas Públicas, *Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento*. Guatemala: Impreso en Ediciones Legales, Comercio e Industria.

Congreso de la República de Guatemala. *Ley de Acceso Universal y Equitativo a Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva*. 2005. Decreto No. 87-2005 <http://www.congreso.gob.gt/>

Congreso de la República de Guatemala. 2004. *Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas, Destiladas, Cervezas y Otras Bebidas Fermentadas*. Decreto No. 21-04. Guatemala.

Congreso de la República de Guatemala. 2001. *Ley de Desarrollo Social*. Decreto Legislativo no. 42-2001. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2004. *Lineamientos Básicos y Políticas de Salud Año 2004-2008*. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) 2002. *Manual de Normas y Procedimientos de Logística de Productos Farmacéuticos y Afines del MSPAS de Guatemala*. Guatemala.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) 2003. *Manual de Normas y Procedimientos de Logística de Anticonceptivos del IGSS*. Guatemala.

Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala. 2003. *Metas del Milenio: Informe del Avance de Guatemala*. Impreso en Artgrafic de Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención, Organigrama, Acuerdos. <http://www.mspas.gob.gt>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2004. *Plan Estratégico para Reducir la Mortalidad Materna*. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) 2005, *Situación de la salud y su financiamiento Período 1999-2003. Tercer Informe*. Guatemala

PASMO. Descripción del Programa de Mercadeo Social en Guatemala.

http://www.psi.org/where_we_work/central_america.html

Proyecto FPLM. 1999, DataPro. “*Situación de Abastecimiento de Insumos de Salud Familiar*”. Guatemala: para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

ANEXO 1

LISTADO DE PERSONAS ENTREVISTADAS

Nombre	Institución	Cargo
Sonia García	ACDI, Gobierno de Canadá	Asistente del Programa de Cooperación
Lic. Carlos Bauer Ing. Sergio Donald Cruz	APROFAM-ONG	Director Ejecutivo Gerente Administrativo
Dr. Ernesto Velásquez	ASOREDES	Representante de ONG Génesis, Organización miembro de ASOREDES
Dr. Víctor Manuel Gutiérrez Longo Licda. Myrna Ponce Licda. Zury Ríos	CONGRESO DE LA REPÚBLICA	Diputado, Presidente Comisión de Salud 2005 Presidenta Comisión de Derechos Humanos Diputada
Dr. Gustavo Gutiérrez Dr. Raúl Rossal Licda. Verónica Dávila	IGSS	Jefe, Sección Materno Infantil Médico, Sección Materno Infantil Supervisora Trabajo Social, Hospital de Ginecología y Obstetricia
Dra. Rebeca Guizar Licda. Consuelo Esquivel Dra. Mirna Montenegro	INSTANCIA COORDINADORA DE ACCIONES POLÍTICAS POR LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LAS MUJERES	Miembras y colaboradoras activas
	RED DE MUJERES POR LA COSTRUCCION DE LA PAZ (REMUPAZ)	
Lic. Jorge Mario Ortega Dr. Jaime Gómez Lic. Abigail Ramírez Dr. Alejandro Silva Licda. Julieta Flores Dr. Julio Váldez Dr. Werner Figueroa Ing. Carlos Mazariegos Ing. Julio Rivera Dra. Cristina Maldonado Licda. Hedi Deman Lic. Romeo Sicán Licda. Juanita Mejía Dr. Daniel Frade	IPIROFASA MSPAS	Gerente General Viceministro Técnico Jefe Departamento Administrativo Coordinador del PNSR Encargada de Logística PNSR Asesor de Medicamentos Coordinador del SIGSA Asesor del SIGSA Gerente General PROAM Coordinadora de UPS1 Consultora Presupuesto
Licda. Lorena Velasquez Arq. Marlyn Marin Licda. Jackelyn Manrique	OPS OPS	Consultora en el Área de Medicamentos Consultor de Salud Materno Infantil, Área Salud Familiar y Comunitaria
Licda. Lorena Velasquez Arq. Marlyn Marin Licda. Jackelyn Manrique	SEGEPLAN	Asesoras, Dirección de Políticas Regionales y Departamentales
Sr. Héctor Marroquín Dr. José Luis Hernández	SCHERING SCHERING	Coordinador de País Asesor Médico

ANEXO I Listado de Personas Entrevistadas (continuación)

Nombre	Institución	Cargo
Dr. Mario Aguilar	UNFPA	Oficial de Proyecto
Licda. Delmy Pajares		Asesora en Logística
Dra. Julia Richards	USAID	Jefe, Oficina de Salud y Educación
Dr. Baudilio López		Oficial de Proyectos, Oficina de Salud y Educación
Dr. Sergio Penagos		Oficial de Proyectos, Oficina de Salud y Educación
Dr. Rodrigo Bustamante	USAID/PROYECTO	Director de Proyecto
Lic. Luigi Jaramillo	CALIDAD EN SALUD II	Asesor en Planificación Familiar y DAIA
Licda. Ana María Rodas		Asesora en Logística
Inga. Lucía Merino	USAID, PROYECTO DE POLÍTICAS EN SR	Directora

ANEXO 2

LISTADO DE SERVICIOS VISITADOS EN EL MSPAS

DEL 22 DE ENERO AL 10 DE FEBRERO DE 2006

Estudio de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en Guatemala		
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social		
	<i>Establecimiento</i>	<i>Fechas de visita</i>
1	DAS El Progreso	23 enero de 2006
1	CS Acasaguastlán tipo B	
1	PS Tulumajillo	
1	DAS Guatemala Sur Amatitlán	24 enero de 2006
1	CS Amatitlán	
1	PS Cerritos	
1	Centro de Convergencia Boca del Monte	
1	DAS Escuintla	25 enero de 2006
1	CS Tipo B Santa Lucia Cotzumalguapa	
1	Hospital Escuintla (farmacia, postconsulta y encamamiento)	
1	DAS Quetzaltenango	6 y 7 febrero de 2006
1	Centro de Salud Cajolá (postconsulta)	
1	ONG Corsadec	
1	Centro de Convergencia Concepción	
1	DAS San Marcos	8 y 9 febrero de 2006
1	Hospital San Marcos (farmacia y postconsulta)	
1	PS San Antonio en San Pedro	
1	ONG Txolja en Comitancillo	
1	DAS Retalhuleu	10 febrero de 2006
1	CS El Asintal postconsulta	
1	ONG Prosede en DAS	
1	Centro de Convergencia San Sebastián	
22	Total establecimientos visitados	

Azul; Excelente desempeño – _cero desabastecimiento en el momento de la visita

Celeste: Regular desempeño - \leq 15% de desabastecimiento en el momento de la visita

Rojo: Bajo desempeño - $>$ 15% de desabastecimiento en el momento de la visita

Categorización realizada por el PNSR, en base a los indicadores de los autoinventarios.

ANEXO 3

LEY DE ACCESO UNIVERSAL Y EQUITATIVO DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SU INTEGRACIÓN EN EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA:

DECRETO NÚMERO 87-2005

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política de la República de Guatemala, en el artículo 47 establece que se garantizarán la protección social, económica y jurídica de la familia, promoviendo la igualdad de derechos de los cónyuges, la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos.

CONSIDERANDO:

Qué el Código de Salud, Decreto Número 90-97 del Congreso de la República, en el artículo 9 establece, que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe formular, organizar y dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población.

CONSIDERANDO:

Que la Ley de Desarrollo Social, Decreto Número 42-2001 del Congreso de la República, en los artículos 25 y 26 contempla la implementación de un programa que conlleve entre otros aspectos, la capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual plena, responsable y con libertad para elegir el número de hijos y decidir el momento y frecuencia de los embarazos.

CONSIDERANDO:

Que se debe asegura la sostenibilidad del componente de planificación familiar dentro del Programa de Salud Reproductiva, para garantizar el abastecimiento de métodos de alta calidad para el espaciamiento de embarazos en todos los servicios públicos de salud, incluyendo al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y organizaciones privadas que trabajen o implementen programas que provean servicios básicos a la población.

POR TANTO:

En ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 171, literal a) de la Constitución Política de la República de Guatemala,

DECRETA:

La siguiente:

“LEY DE ACCESO UNIVERSAL Y EQUITATIVO DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SU INTEGRACIÓN EN EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA”

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar. Además establecer mecanismos dirigidos a la consecución de nuevas fuentes de financiamiento local, reduciendo la dependencia histórica de los servicios de planificación familiar de donantes internacionales.

Artículo 2. Observancia. Las disposiciones de la presente Ley deben ser aplicadas en el ámbito nacional en todos los establecimientos de educación, primaria y secundaria, y en todos los establecimiento de la red pública de salud, incluyendo al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en adelante denominado IGSS, entidades privadas y las Organizaciones no Gubernamentales, en adelante denominadas ONGs, que prestan servicios básicos de salud en el primer nivel de atención.

Artículo 3. Destinatarios/as. Son destinatarios de la presente ley: la población en general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, que no tengan acceso a servicios básicos de salud, promoviéndose y asegurándose el acceso equitativo de servicios de planificación familiar.

CAPÍTULO II

ACCESO DE LA POBLACIÓN A SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Artículo 4. Acceso Universal. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en adelante denominado “el MSPAS”, el IGSS y otras entidades públicas y privadas del Sector Salud, deben garantizar el mantener en forma sostenible todos los métodos modernos de espaciamiento de embarazos en los establecimientos de la red pública de salud, que permita responder adecuadamente a la demanda de la población y asegure el acceso universal a dichos métodos.

Artículo 5. Necesidades no satisfechas. El MSPAS en coordinación con el IGSS y otras instituciones sectoriales que proveen servicios de planificación familiar, deberá estimar la demanda insatisfecha de la población con información proveniente de encuestas nacionales y estudios específicos realizados. Lo anterior debe permitir la definición de estrategias operativas que garanticen la oferta de servicios de planificación familiar para la población de mayor postergación.

Artículo 6. Acceso geográfico. El MSPAS debe asegurar que en los lugares de difícil acceso en donde no existan establecimientos tradicionales de salud, las organizaciones no gubernamentales -ONGs- que hayan suscrito convenios de provisión del conjunto básico de salud, sean las responsables de proveer los métodos de planificación familiar a usuarias y usuarios que vivan en el área de influencia de dichas organizaciones. Además, el Ministerio de Educación, y los demás entes deben realizar actividades de información, educación y comunicación en este campo.

Artículo 7. Acceso funcional. El MSPAS, el IGSS y otras entidades públicas y privadas del Sector Salud, deben proveer los servicios de planificación familiar a través de la oferta de la gama de métodos tradicionales y modernos de espaciamiento de embarazos, asegurando que los y las proveedoras tengan las competencias técnicas para prestar servicios de calidad y calidez y cuenten con el equipo e insumos de acuerdo a la normativa establecida por el MSPAS.

Artículo 8. Atención integral. El MSPAS y el IGSS deben asegurar que los servicios de planificación familiar se integren a otros componentes de atención del programa de salud reproductiva, tales como: atención prenatal, post parto y puerperio, detección de cáncer cérvico uterino y de mama, pruebas para enfermedades de transmisión sexual y prevención de la osteoporosis. Esta disposición contribuirá a disminuir las oportunidades perdidas de servicios de planificación familiar, reduciendo la demanda insatisfecha de planificación familiar y contribuyendo directamente en la disminución de mortalidad materno-infantil.

Artículo 9. Estrategia especial para adolescentes. El Ministerio de Educación, el MSPAS y el IGSS en coordinación con otras organizaciones públicas y privadas, diseñarán una estrategia que asegure la provisión de servicios integrales y diferenciados para los y las adolescentes, estableciendo mecanismo que faciliten la articulación e integración con otros sectores entre ellos: el Ministerio de Educación y el Vice-Ministerio de Cultura y Deportes, promoviendo el enfoque de derechos y responsabilidades.

CAPÍTULO III

COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

Artículo 10. Formación integral del adolescente. El MSPAS en coordinación con el Ministerio de Educación y otras organizaciones públicas y privadas sectoriales deben incluir en la currícula de formación contenidos sobre: derechos y responsabilidades para la promoción y auto cuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbilidad materna infantil.

Artículo 11. Decisión libre e informada. El MSPAS como rector de la salud debe garantizar que las usuarias y usuarios de métodos tradicionales y modernos de espaciamiento de los embarazos en los establecimientos de salud, reciban la consejería completa que les ayude a seleccionar el método más adecuado, asegurando la disponibilidad del método elegido por la usuaria o usuario.

Ninguna persona podrá ser obligada a utilizar ningún método tradicional o moderno de espaciamiento de los embarazos y es punible la coacción que pueda ejercerse en tal sentido.

Artículo 12. Competencia técnica de proveedores. El MSPAS debe instituir un programa de desarrollo profesional para fortalecer las competencias técnicas de los y las proveedoras, para asegurar que conozcan y apliquen los criterios de elegibilidad de todos los métodos de espaciamiento de embarazos de acuerdo a normas internacionales, con el fin de eliminar las barreras médicas a la planificación familiar.

Artículo 13. Consejería. El MSPAS, el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas que brinden servicios de planificación familiar a la población, deben asegurar que el personal responsable desarrolle la consejería personalizada en un ambiente que garantice la privacidad del usuario o usuaria y en ningún caso inducirán ni coaccionarán a las personas a utilizar métodos en contra de su voluntad.

Artículo 14. Calidad de la consejería. El MSPAS, el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas deben contar con conocimientos, habilidades y destrezas para desarrollar la consejería, además contar con material educativo de apoyo, para facilitar la comprensión de la población de acuerdo al contexto sociocultural.

Artículo 15. Comunicación y difusión. El MSPAS, el IGSS en coordinación con otras organizaciones públicas y privadas sectoriales vinculadas con la prestación de servicios de planificación familiar, deben realizar campañas masivas de información y comunicación dirigidas a la población en general, sobre los métodos tradicionales y modernos de planificación familiar, sus ventajas, desventajas y lugares de abastecimiento, tomando en cuenta el contexto sociocultural y educativo de las mismas. Debe informarse además acerca de los factores de riesgo relacionados con los embarazos no deseados y embarazos en ambos extremos de la vida fértil de la mujer, multiparidad, período intergenésico y su contribución al incremento de la tasa de morbilidad materna y el impacto socioeconómico en la población.

Artículo 16. Monitoreo y disminución de barreras médicas. El MSPAS en coordinación con el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas diseñará, validará e implementará herramientas para monitorear la prestación de servicios de planificación familiar y su integración al programa de salud reproductiva, asegurando que puedan incorporarse indicadores que permitan monitorear y evaluar la disminución de las barreras médicas.

CAPÍTULO IV

ASEGURAMIENTO PARA LA PROVISIÓN DE MÉTODOS MODERNOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Artículo 17. Comisión de aseguramiento. Se crea la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos, en adelante denominada CNAA, que tendrá como objeto velar por la disponibilidad de anticonceptivos para garantizar el acceso de la población guatemalteca a servicios de planificación familiar.

Artículo 18. Conformación de la Comisión. La CNAA, integrada por un representante de las siguientes instituciones públicas y privadas:

- a. Ministerio de Educación.
- b. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- c. Ministerio de Finanzas Públicas.
- d. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-.
- e. Asociación Pro Bienestar Familiar -APROFAM-.
- f. Secretaría Presidencial de la Mujer.
- g. Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas -AGMM-.
- h. Instancia de Acciones Políticas por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres.
- i. Defensoría de la Mujer Indígena -DEMI-.

El funcionamiento de la CNAA quedará establecido en el reglamento respectivo.

Artículo 19. Funciones de la Comisión. La CNAA, además de las que se indiquen en el respectivo reglamento, tendrá las siguientes funciones:

- a. Velar la disponibilidad de fondos, especialmente del sector público para la compra de anticonceptivos, a través de: procesos de diálogo y abogacía con los diferentes actores que inciden en la asignación de recursos financieros e identificación de diversas fuentes de financiamiento, particularmente para las instituciones del estado.
- b. Formulación de estrategias y mecanismos para acceder a precios competitivos en el mercado internacional y la compra a escala de métodos modernos de planificación familiar.
- c. Velar para que las instituciones que forman parte de la Comisión, definan y compartan políticas y estrategias en materia de logística de anticonceptivos.

Artículo 20. Abastecimiento de métodos de espaciamiento de embarazos. El MSPAS, IGSS y las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud deberán asegurar el abastecimiento y provisión de métodos modernos de espaciamiento de embarazos en todos los establecimientos de la red pública y organizaciones privadas.

Artículo 21. Asignación Presupuestaria. El MSPAS deberá establecer en el Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado, una partida presupuestaria específica para la implementación de métodos anticonceptivos, que garantice la demanda de la población guatemalteca. Deben ser incorporados además a dicho presupuesto los fondos provenientes de lo preceptuado en el Decreto 21-04, artículo 25 del Congreso de la República de Guatemala.

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES FINALES Y TRANSITORIAS

Artículo 22. Integración. Los principios y preceptos de esta Ley formarán parte del instrumental técnico-jurídico de la Reforma del Sector Salud, atendiendo a la importancia que representan para la extensión de cobertura de los servicios de salud.

Artículo 23. Reglamento. El Organismo Ejecutivo emitirá y publicará el Reglamento de la presente Ley, dentro de los sesenta días siguientes a la vigencia de la misma.

Artículo 24. Derogatorias. Se derogan todas aquellas disposiciones de igual o inferior jerarquía que se opongan a lo preceptuado en la presente Ley.

Artículo 25. Vigencia. El presente Decreto entrará en vigor ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

REMÍTASE AL ORGANISMO EJECUTIVO PARA SU SANCIÓN, PROMULGACIÓN Y PUBLICACIÓN.

EMITIDO EN EL PALACIO DEL ORGANISMO LEGISLATIVO, EN LA CIUDAD DE GUATEMALA, EL DIECISÉIS DE NOVIEMBRE DE DOS MIL CINCO.

JORGE MÉNDEZ HERBRUGER

PRESIDENTE

LUIS FERNANDO PÉREZ MARTÍNEZ

CARLOS ALBERTO SOLÓRZANO RIVERA

SECRETARIO

SECRETARIO

ANEXO 4

ACUERDO GUBERNATIVO # 1165: INCLUSION DE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA EN LAS PRESTACIONES POR MATERNIDAD DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

NUMERO 71

DIARIO de CENTEC AMERICA

Guatemala, JUEVES 29 de septiembre 2005


Lic. Jorge Gallardo Flores
Ministro de Trabajo y Previsión Social


Lic. Raúl Arce Reyes
Secretario General de la Presidencia de la República



INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

ACUERDO NÚMERO 1165

LA JUNTA DIRECTIVA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.

CONSIDERANDO:

Que el Reglamento sobre Protección relativa a Enfermedad y Maternidad, contempla entre las prestaciones en servicio por Maternidad, la asistencia médica quirúrgica y especializada preventiva y curativa, durante las fases prenatal, natal y postnatal; que el Instituto debe otorgar a afiliadas y beneficiarias con derecho.

Que la asistencia médica que otorga el Régimen de Seguridad Social, debe orientarse tanto por el fomento y la prevención de la salud como de su restablecimiento, y proteger al núcleo familiar como base de la sociedad, a través de programas como el de Salud Reproductiva.

Que los servicios de Salud Reproductiva han demostrado que reducen el riesgo reproductivo, al contribuir de manera preventiva, a que se pueda tener un adecuado espaciamiento de los embarazos, mejorando el bienestar de la familia y disminuyendo por esa vía, tanto la morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil.

Que realizados los estudios financieros y actuariales, se determinó la factibilidad de establecer dentro de la asistencia por Maternidad, las prestaciones en servicio de Salud Reproductiva, para la población protegida del Régimen de Seguridad Social, de acuerdo a su Reglamento.

POR TANTO:

En el ejercicio de las facultades legales que le confiere el Artículo 19, inciso a), del Decreto número 295 del Congreso de la República de Guatemala "Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social".

ACUERDA:

ARTICULO 1. Se incorpora la Salud Reproductiva, como parte de las prestaciones en servicio que el Instituto otorga en la asistencia por Maternidad, a afiliadas(os) y beneficiarias con derecho del Régimen de Seguridad Social, previstas en el Artículo 22 del Acuerdo No. 410 de la Junta Directiva, Reglamento sobre Protección relativa a Enfermedad y Maternidad.

ARTICULO 2. Para fines del presente Acuerdo, se entiende por Salud Reproductiva, a los servicios que el Instituto pone a disposición de afiliadas(os) y beneficiarias con derecho, con pleno respeto a su dignidad, para que puedan decidir de manera libre, voluntaria, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos, y tomar las medidas pertinentes, con apego a normas éticas y legales; con el objeto de disminuir el riesgo reproductivo y mejorar el bienestar de la familia.

ARTICULO 3. Los servicios que el Instituto otorga en la Salud Reproductiva, son los siguientes:

- Educación y promoción de la salud sexual y reproductiva;
- Orientación sobre el uso de metodologías anticonceptivas;
- Suministrar métodos anticonceptivos temporales a afiliadas(os) y beneficiarias con derecho;
- Suministrar métodos anticonceptivos quirúrgicos definitivos a afiliadas(os) y beneficiarias con derecho; y,
- Tratamiento de complicaciones que puedan derivarse de la aplicación de métodos anticonceptivos, por el Instituto.

ARTICULO 4. El suministro de los métodos anticonceptivos temporales y definitivos, se realizará a afiliadas(os) y beneficiarias con derecho, que lo soliciten, en las Unidades Hospitalarias que tengan asistencia por Maternidad, durante el periodo post parto o post aborto temprano, y en las Unidades de Consulta Externa del Instituto, en cualquier momento de su ciclo reproductivo, siempre que no exista contraindicación por razones médicas, y durante periodos máximos de veintiseis semanas, al final de las cuales, las(os) afiliadas(os) o beneficiarias, deberán calificar nuevamente sus derechos para continuar obteniendo los servicios de Salud Reproductiva.

ARTICULO 5. El suministro de métodos anticonceptivos quirúrgicos definitivos, se llevará a cabo previa solicitud escrita de la afiliada, afiliado y beneficiaria con derecho, siendo requisito que hayan tenido por lo menos dos hijos vivos.

ARTICULO 6. El suministro de métodos anticonceptivos quirúrgicos definitivos, a afiliadas(os) y beneficiarias con derecho que lo soliciten, se llevará a cabo en las Unidades Hospitalarias del Instituto que tengan asistencia por Maternidad.

ARTICULO 7. Las prestaciones de Salud Reproductiva se rigen por el presente Acuerdo, los Reglamentos de aplicación del Programa de Enfermedad y Maternidad, y sus Instructivos, en lo que les sean aplicables.

ARTICULO 8. El Departamento de Presupuesto, con base en el presente Acuerdo, programará los recursos presupuestarios que permitan cubrir las erogaciones para el funcionamiento de los servicios de Salud Reproductiva.

ARTICULO 9. El Gerente, a través del Departamento de Medicina Preventiva, procederá a elaborar el Instructivo que norme, entre otros, los contenidos del Programa, los métodos anticonceptivos que comprenderá y la forma de prescripción, la organización y procedimientos relativos a los servicios de Salud Reproductiva.

ARTICULO 10. Los casos no previstos en el presente Acuerdo, serán resueltos por la Gerencia.

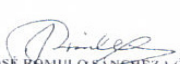
ARTICULO 11. El presente Acuerdo deberá elevarse al Organismo Ejecutivo, por conducto del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, para los efectos del Artículo 19, inciso a), párrafo segundo, de la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y, entrará en vigencia el día siguiente que se publique en el Diario Oficial, el Acuerdo Gubernativo que lo apruebe.

Emitido en el Salón de Sesiones de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en la Ciudad de Guatemala, el dieciocho de agosto de dos mil cinco.


Sr. CARLOS EMILIO ANTONIO TORREBIARTE LANTZENDORFFER
Presidente


Lic. MARIO ALBERTO GARCÍA LARA
Primer Vicepresidente


Dr. ERWIN RAÚL CASTAÑEDA PINEDA
Vocal


Lic. JOSÉ ROMULO SÁNCHEZ LÓPEZ
Vocal


Lic. VÍCTOR MANUEL MARTÍNEZ SAMAYOÁ
Vocal


Sr. MIGUEL ÁNGEL LUCAS GÓMEZ
Vocal

Acuerdo número 1165 de la Junta Directiva

GERENCIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL:
Guatemala, veintiocho de septiembre de dos mil cinco.

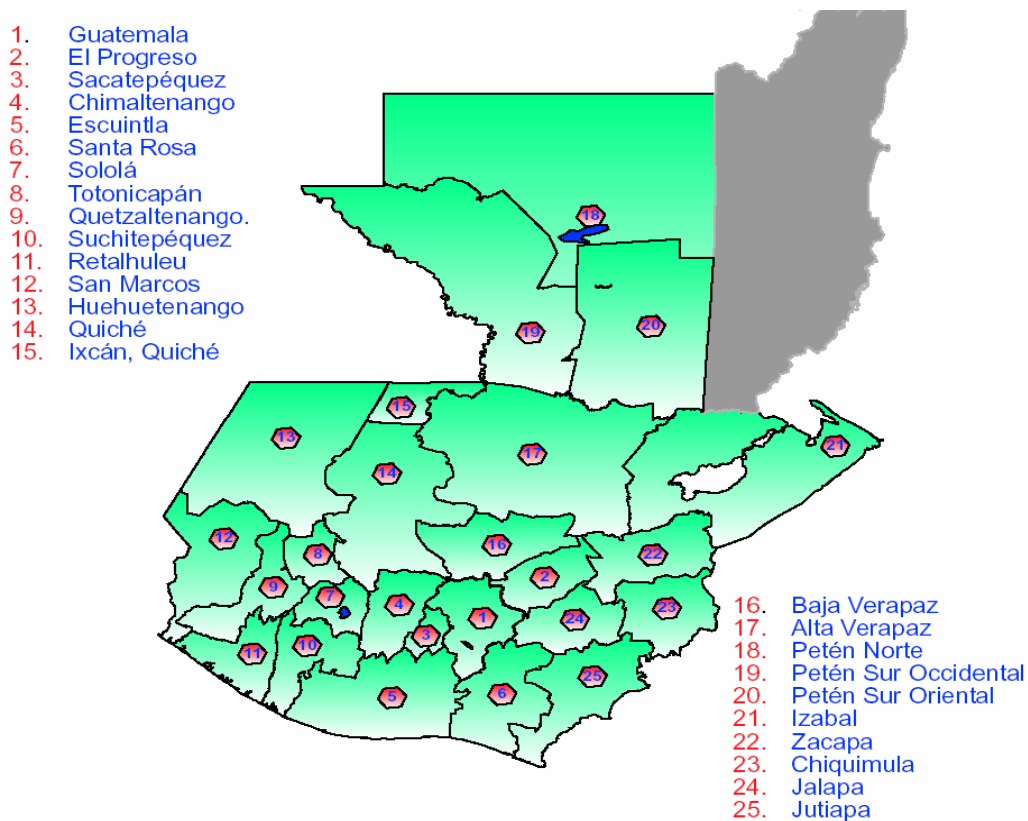
Sirvase ordenar la publicación en el Diario Oficial del Acuerdo 1165 de la Junta Directiva, para los efectos del Artículo 19, inciso a) párrafo segundo de la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y del Acuerdo Gubernativo No. 431-2005 del 20 de septiembre de 2005, el cual aprueba el acuerdo antes indicado.


Lic. CARLOS RAÚL SOSA ALDANA
Gerente

(82846 - 2) - 29 septiembre

ANEXO 5

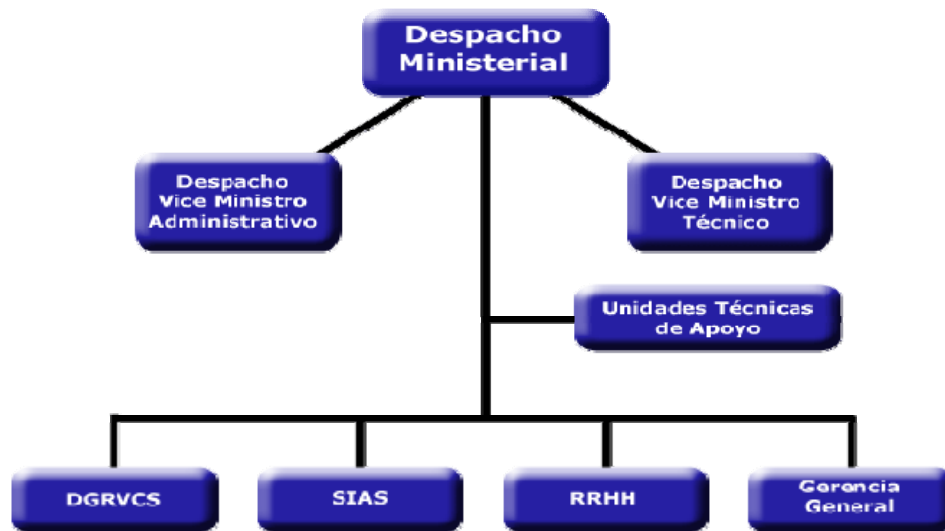
PRINCIPALES PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GUATEMALA



MSPAS	IGSS	APROFAM-ONG
43 hospitales 249 Centros de salud tipo B 32 Centros de salud tipo A 926 Puestos de salud 16 maternidades cantonales 3 Centros de Atención Integrada Materno Infantil (CAIMI) 1244 Centros de convergencia	5 hospitales 40 consultorios o clínicas en 11 departamentos	29 clínicas urbanas 3,408 Promotores voluntarios

ANEXO 6

ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL



DGRVCS = Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud. En esta dirección se encuentra el Programa Nacional de Salud Reproductiva.

Organigrama Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud



El Departamento de Desarrollo de los Servicios de Salud gerencia la provisión de los servicios en los tres niveles de atención, incluidas las ONG del Programa de Extensión de Cobertura.

ANEXO 7

GRUPO TÉCNICO INTERAGENCIAL EN IEC

En el área de Información, Comunicación y Educación para el Cambio de Comportamientos (IEC/CC), el trabajo ha sido desarrollado conjuntamente por el Programa Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS, la Unidad de Comunicación Social y el Departamento de Promoción y Educación en Salud en el nivel central y el Grupo Técnico Interinstitucional de IEC (GTI-IEC) de apoyo, que incluye, además del MSPAS, a miembros de agencias de cooperación e instituciones que trabajan en la salud reproductiva.

Este trabajo coordinado permitió unificar los criterios para el desarrollo de materiales de las diferentes instituciones, con enfoque de género, y considerando la pluriculturalidad del país.

Este grupo diseñó una estrategia nacional para el cambio de comportamientos en salud reproductiva, con énfasis en la planificación familiar, que incluye múltiples tácticas para distintas audiencias, como abogacía, medios masivos, comunicación interpersonal, comunicación grupal, campañas y eventos especiales, entretenimiento educativo, y organización y participación comunitaria.

Dentro de la estrategia de IEC/CC se incluyó el diseño, validación, producción y distribución de una serie de materiales para medios masivos, comunicación interpersonal y consejería que han sido incorporados en las capacitaciones al personal de salud y otras audiencias. Más de tres millones de estos materiales fueron producidos y distribuidos en todo el país. Entre estos materiales se encuentran:

- Un afiche de todos los métodos de planificación familiar que ofrece el MSPAS.
- Un trifoliar de todos los métodos de planificación familiar que ofrece el MSPAS para apoyar la motivación e información general a las personas en edad reproductiva.
- Un afiche ACCEDA para reforzar en los proveedores de salud los seis pasos básicos en la consejería (Atienda, Converse, Comunique, Encamine, Describa y Acuerde una próxima cita).
- Un rotafolio de planificación familiar para uso durante la consejería.
- Nueve trifoliales, uno por cada método de planificación familiar, para apoyar la intención de usar un método, la selección del método y el uso correcto del mismo.
- Cuñas de radio sobre salud reproductiva y planificación familiar.



ANEXO 8

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL



ANEXO 9

SUPUESTOS USADOS EN LA HERRAMIENTA SPECTRUM PARA LA MEZCLA DE ANTICONCEPTIVOS 2002-2020³⁴

Método	ENSMI 2002	% Cambio	Proyectado 2005 – Año inicial	% Cambio	Proyectado 2010 – Año final	% Cambio	Proyectado 2020 – Año final
Condomes	5.31	1.130	6.00	1.167	7.00	1.260	8.82
AQV Femenina	38.70	1.000	38.70	1.000	38.7	0.026	37.70
Inyectable	20.78	1.086	22.56	1.086	24.50	1.045	25.60
DIU	4.38	1.050	4.60	1.217	5.60	1.143	6.40
AQV Masculina	2.38	1.092	2.60	1.350	3.51	1.168	4.10
Implante	0.23	1.000	0.23	1.000	0.23	1.000	0.23
Píldoras	7.85	1.061	8.33	1.100	9.16	1.108	10.15
Tradicional	20.45	0.170	16.98	0.335	11.30	0.381	7.00
Total	100	8	100	8	100	7	100.00

³⁴ Escenario de proyección de anticonceptivos en SPECTRUM.

ANEXO 10

FORMULARIO BALANCE REQUISICIÓN Y ENVÍO DE SUMINISTROS (BRES)

BALANCE, REQUISICIÓN Y ENVÍO DE SUMINISTROS

Área de salud _____
 Municipio _____
 Elaboración _____
 ¿Cuántos servicios informan? _____

Distrito _____
 Servicio de salud _____
 ¿Cuántos servicios deben informar? _____

SEGURIDAD	
Nivel mínimo	Nivel máximo*

Mes	Año

SUMINISTRO	BALANCE							REQUISICIÓN				ENVÍO	
	A	B	C	D	E= C + D	F	G=A+B-C-F	H	I	J = G/I	K=I*N _{max}	L=K-G	M
	SALDO ANTERIOR	ENTRADAS del nivel superior	ENTREGADO A USUARIO	NO ENTREGADO A USUARIO	DEMANDA REAL	REAJUSTES	SALDO MES SIGUIENTE	EXISTENCIA FÍSICA EN BODEGA	PROMEDIO MENSUAL DE DEMANDA REAL	MESES DE EXISTENCIA DISPONIBLE (MED)	CANTIDAD MÁXIMA	CANTIDAD A SOLICITAR	CANTIDAD ENTREGADA

FIRMAS _____
 OBSERVACIONES: _____

ANEXO 11

AYUDA VISUAL PARA EL LLENADO Y CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN EN EL BALANCE, REQUISICIÓN Y ENVÍO DE SUMINISTROS



Guía de Uso para Formulario BRES

Calendario Logístico

Mes	Los datos a incluir para el mes deben ser los correspondientes a las siguientes fechas	
enero	26 de diciembre	al 25 de enero
febrero	26 de enero	al 25 de febrero
marzo	26 de febrero	al 25 de marzo
abril	26 de marzo	al 25 de abril
mayo	26 de abril	al 25 de mayo
junio	26 de mayo	al 25 de junio
julio	26 de junio	al 25 de julio
agosto	26 de julio	al 25 de agosto
septiembre	26 de agosto	al 25 de septiembre
octubre	26 de septiembre	al 25 de octubre
noviembre	26 de octubre	al 25 de noviembre
diciembre	26 de noviembre	al 25 de diciembre

Tu Salud
es nuestra obligación

Ministerio de Salud Pública

Área de Salud Jutiapa
Anote todos los datos

Distrito: _____
Servicio: _____

Número de servicios que informan: _____
Número de servicios que deben informar: _____

Anote el mes y año

Mes	Año

Anote los valores indicados por el nivel superior:

Niveles de Seguridad	
Mínimo	Máximo

No. 0052

Formulario Balance, Requisición y Envío de Suministros

	Balance								Requisición				Envío
	A	B	C	D	E = C + D	F	G A + B - C - D - F	H	I	J = G - I	K = I x Nivel Máximo	L = K - G	M
Suministros (Nombre, presentación y concentración)	Saldo anterior	Entradas del nivel superior	Entregado a usuario/a	No entregado a usuario/a	Demanda Real	Reajustes (+) ó (-)	Saldo mes siguiente	Existencia física en bodega	Promedio Mensual de Demanda Real (PMDR)	Meses de Existencia Disponible (MED)	Cantidad máxima	Cantidad a solicitar	Cantidad recibida
	Suma las columnas A de los BRES de Puestos de Salud y de Bodega del Distrito al 25 de mes anterior (Incluye datos de Consulta Externa de Hospital si corresponde)	Copie el dato de las cantidades recibidas de nivel superior del 26 del mes anterior al 25 del mes actual, según kardex	Suma las columnas C de los BRES de Puestos y post-consulta	Suma las columnas D de los BRES de puesto de salud y post-consulta	Suma los datos de las casillas C y D	Suma los reajustes positivos (+) y/o los negativos (-) de los BRES de Puestos y post-consulta y los reajustes positivos (+) y/o negativos (-) de la bodega del Distrito. Anote el signo de positivo (+) o negativo (-)	Suma el dato de la columna A y el de la columna B. Al resultado, réstele el dato de la columna C. Si hubiera reajuste positivo (+), sumele el dato de la columna F. Si hubiera reajuste negativo (-), réstele el dato de la columna F	Realice verificación EN LA BODEGA DEL DISTRITO al 25 de mes anterior. Anote los kardex y en esta columna (este dato NO debe ser mayor que el dato de la columna G)	Suma los datos de las columnas I de los BRES de Puestos y post-consulta. (Para calcular el PMDR, vea el ejemplo que aparece a su derecha)	Divida los datos de la columna G con los datos de la columna I (Cuando el resultado tenga decimales: anote solo el número que está después del decimal, SIN DECIMALES. Por ejemplo: si el dato sale 3.156 anote 3.)	Multiplique los datos de la columna I por su Nivel Máximo	Réstele el dato de la columna K al dato de la columna G (Si el dato es negativo NO debe solicitar)	Esta columna se llenará por el nivel superior cuando despache los suministros

Elaborado por: _____ Cargo: _____ Firma: _____ Despachado por: _____ Cargo: _____ Firma: _____

Solicitado por: _____ Cargo: _____ Firma: _____ Recibido por: _____ Cargo: _____ Firma: _____

Autorizado por: _____ Cargo: _____ Firma: _____ Fecha de recepción: _____ Cargo: _____ Firma: _____

Va.Bo. _____ Cargo: _____ Firma: _____

Elaborado por el Ministerio de Salud Pública y Arrendo Social (MIGAS), con el apoyo técnico y financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo el Contrato GSN-1123-03-00029-00 con University Research Corporation (URC)/Colaboro Salud y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUA) y con fondos del Gobierno de Canadá. Guatemala 2010.

Cómo calcular el Promedio Mensual de Demanda Real (PMDR) para el FORMULARIO DE BRES CONSOLIDADO (Ejemplo)

	PMDR
PS 1	100
PS 2	200
CS (post-consulta)	400
Hosp (consulta externa)	100
SUMA	800

Para consolidar:

Suma los datos de PMDR reportados por:

▲ Puesto de Salud 1 (PS1)	100 +
▲ Puesto de Salud 2 (PS2)	200
▲ Centro de Salud (post-consulta)	400
▲ Hospital (consulta externa)	100
SUMA:	800

Niveles de Abastecimiento

Nivel máximo (nivel mínimo + período de reabastecimiento)	Sobrecabestado
Nivel mínimo (DOS lapsos de reabastecimiento)	Abastecido Pedir
Existencia cero	Abastecido por debajo del mínimo Desabastecido

ANEXO 12:

PORCENTAJES DE INCREMENTOS PARA LA ESTIMACIÓN DE REQUERIMIENTOS ANTICONCEPTIVOS

Año/Método	2006	2007	2008	2009	2010
MSPAS (%)					
Condón	15	15	10	10	10
DIU	20	20	20	15	15
Depo-Provera	15	12	10	10	10
Lo-Femenal	5	5	5	5	5
ONG DEL PEC – MSPAS (%)					
Condón	5	5	5	5	5
DIU	NA	NA	NA	NA	NA
Depo-Provera	25	15	15	10	5
Lo-Femenal	5	5	5	5	5
IGSS (%)					
Condón	12*	0	10	10	10
DIU	10*	10	10	10	10
Depo-Provera	10*	10	10	10	10
Lo-Femenal	10*	10	10	10	10
Notas: * % respecto a consumo de 2002					
APROFAM-ONG (%)					
Condón	5	5	5	5	5
DIU	5	5	5	5	5
Depo-Provera	5	5	5	5	5
Lo-Femenal	5	5	5	5	5

Para obtener más información, por favor visite <http://www.deliver.jsi.com>.

DELIVER

John Snow, Inc.

1616 North Ft. Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Tel: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

www.deliver.jsi.com