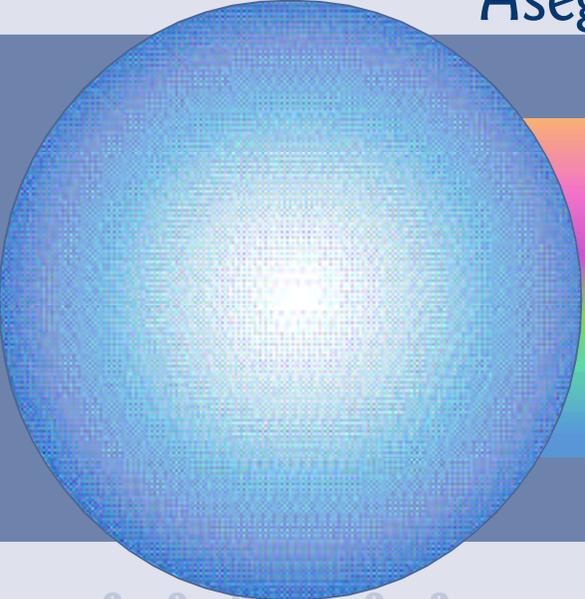


Informe Regional sobre la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos: América Latina y el Caribe



Octubre del 2004

Resultados y Recomendaciones



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



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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Demanda de anticonceptivos y necesidad insatisfecha

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

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

4

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

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

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

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

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

Recomendaciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

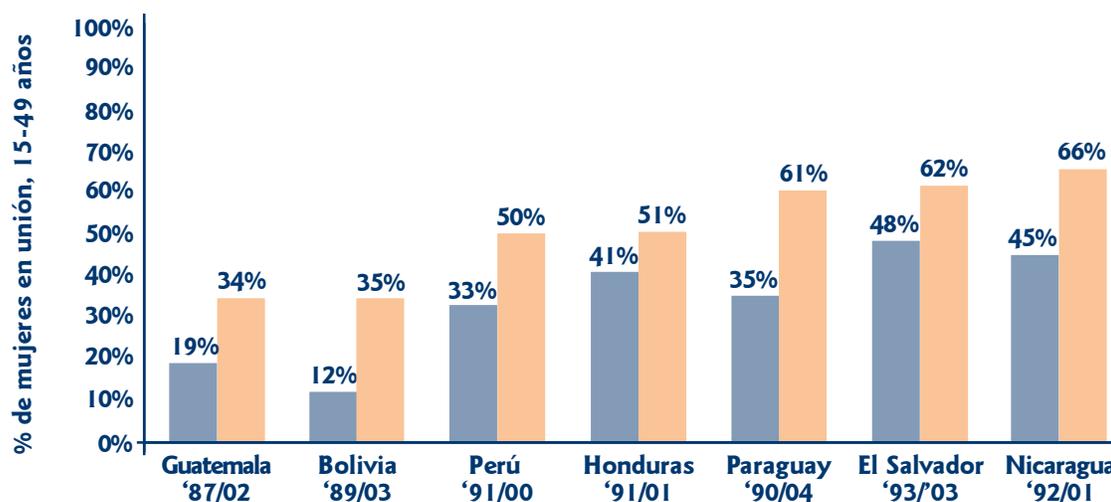
Durante el año posterior a la celebración de la conferencia de Managua, se realizaron estudios de país en Bolivia, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú, utilizando el marco conceptual de “Strategic Pathway Reproductive Health Commodity Security (SPARHCS)”¹. Estos estudios aportaron datos para determinar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

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

Demanda de anticonceptivos y necesidad insatisfecha

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

A. Financiamiento de anticonceptivos y condones

1. Hacia la independencia financiera

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

Financiamiento de USAID

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

UNFPA y el financiamiento por parte de otros donantes

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

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

Financiamiento por parte del gobierno

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

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

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

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

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

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

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

Financiamiento por parte de las ONG

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

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

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

Fuentes: NEWVERN e información suministrada por las organizaciones mencionadas

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

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

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

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

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

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

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

Parte del mercado que le corresponde al gobierno

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

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

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

Mezcla de métodos anticonceptivos

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

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

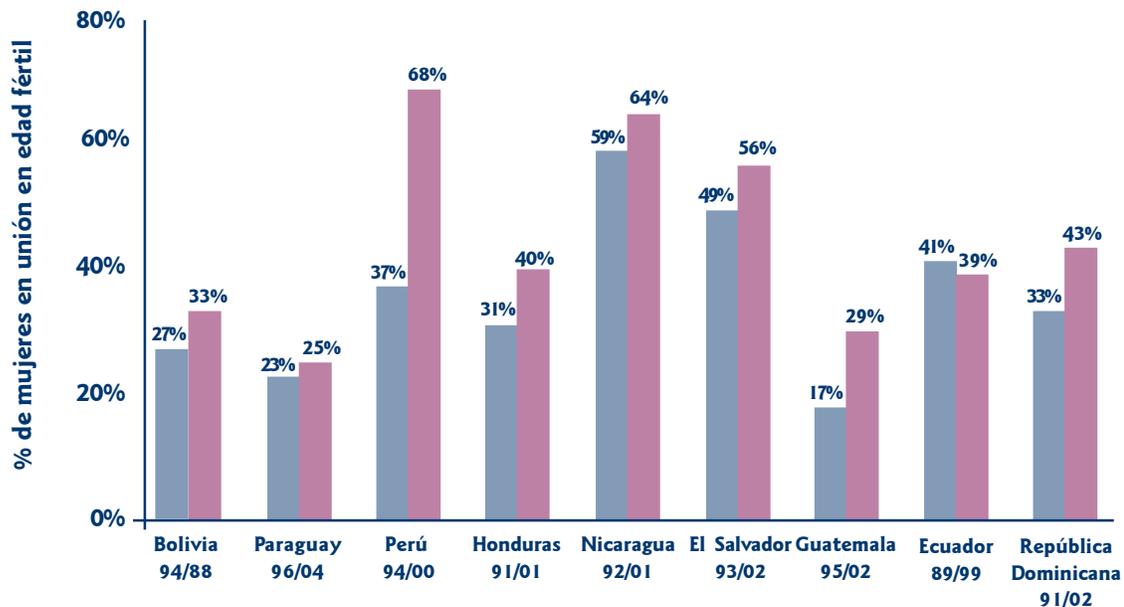
País	Inyectables		DIU		Esterilización	
	1990	2000	1990	2000	1990	2000
Bolivia	2%	16%	16%	18%	15%	11%
Honduras	0%	16%	17%	16%	36%	18%
Nicaragua	2%	21%	18%	9%	39%	37%
Paraguay	12%	14%	13%	16%	17%	16%
Perú	3%	21%	23%	13%	13%	19%

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

Opciones de adquisición y precios unitarios

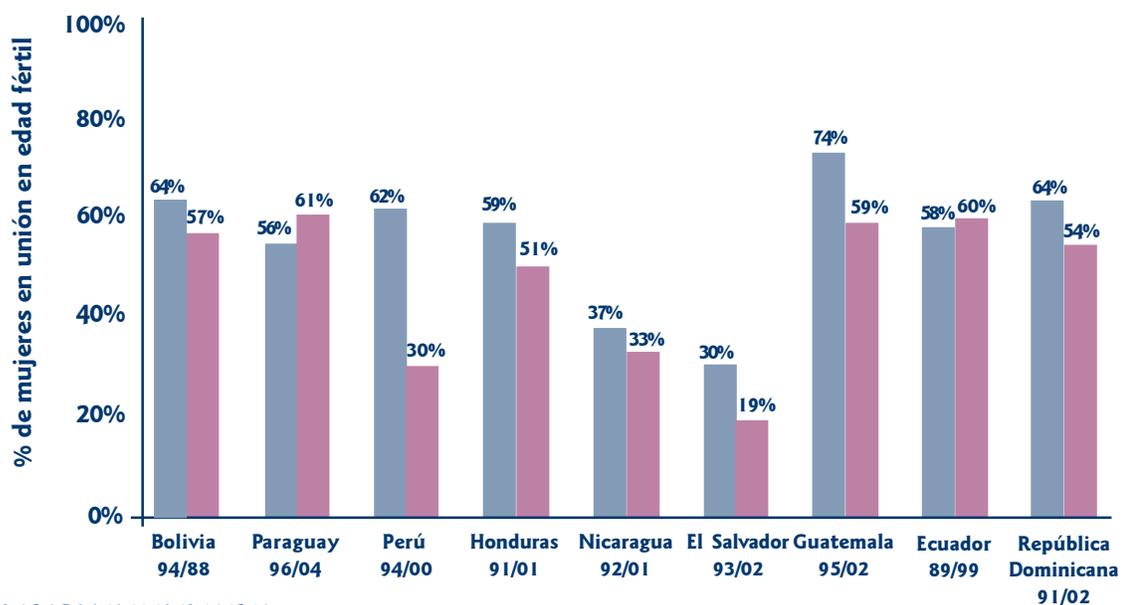
Las opciones de compra a disposición de los gobiernos tienen un efecto importante sobre los costos. Por ejemplo, Perú ha podido cubrir 80% de sus necesidades de anticonceptivos en 2004 únicamente porque el Ministerio de Salud está comprando anticonceptivos a los precios más bajos posibles, por conducto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

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Continúa en la página 25

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

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

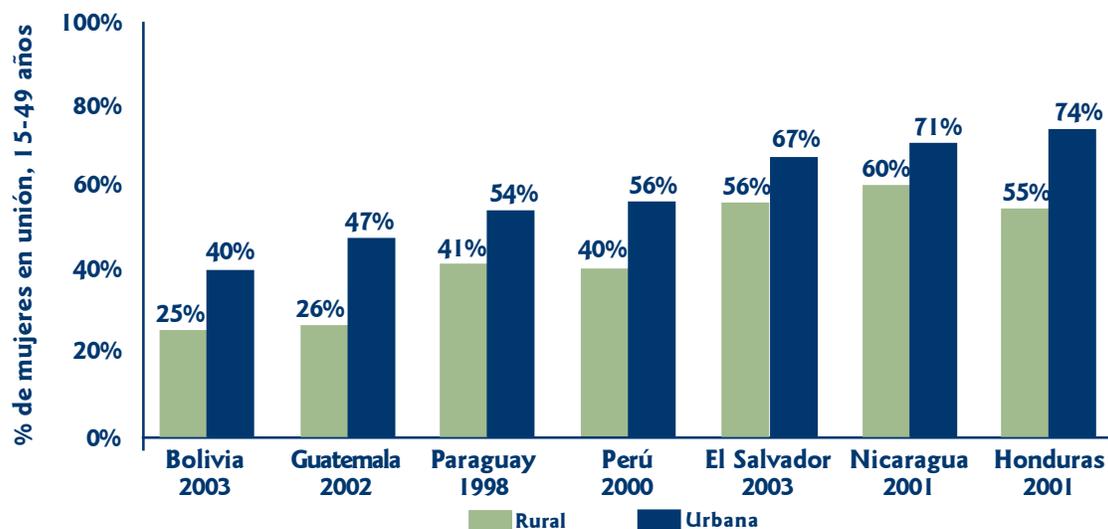
Continúa en la página 26

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

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

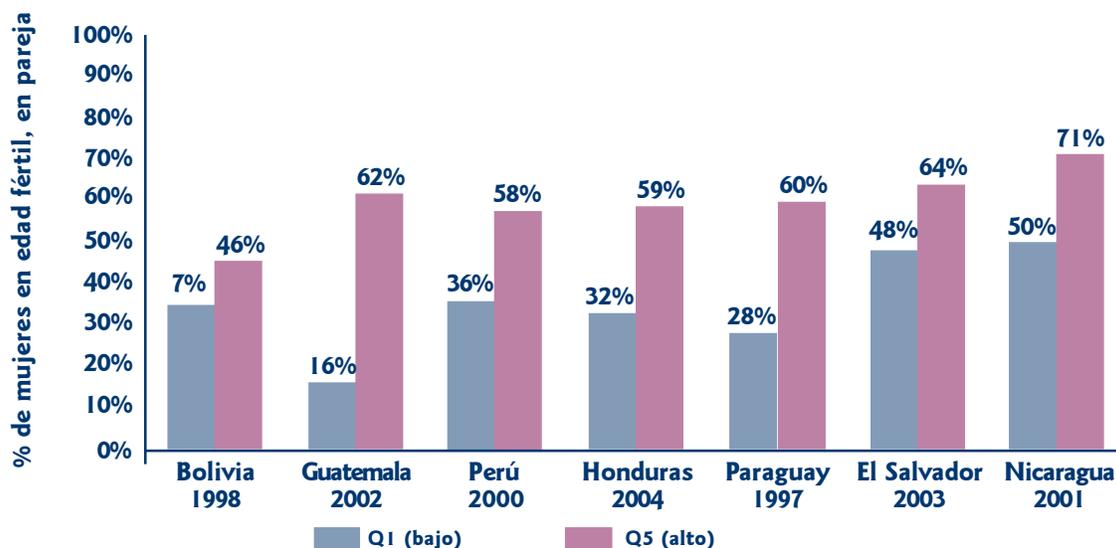
Anexo I: Tendencias de los anticonceptivos

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



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

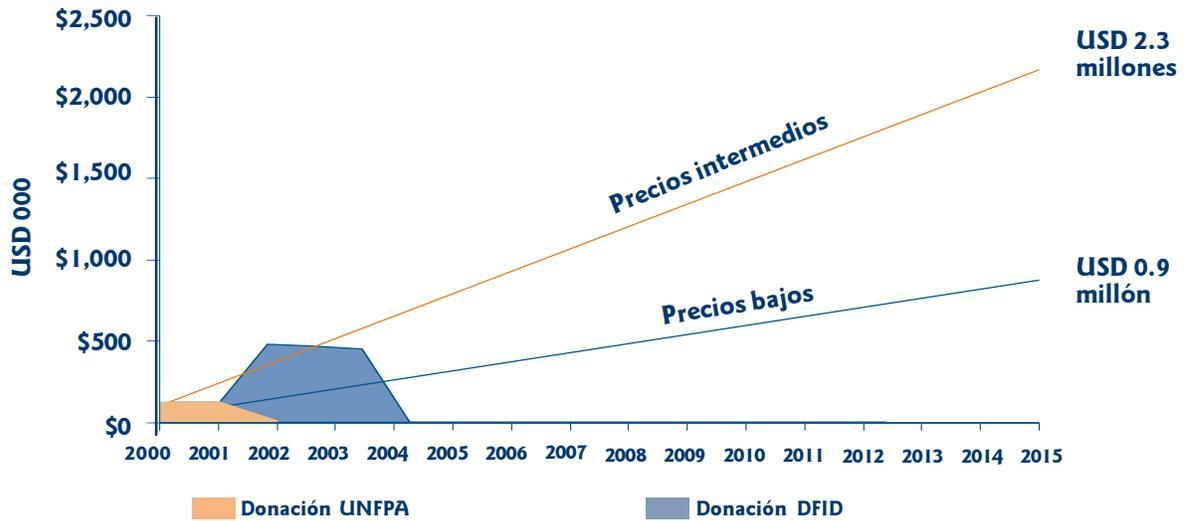
Uso de anticonceptivos modernos por quintil de ingresos



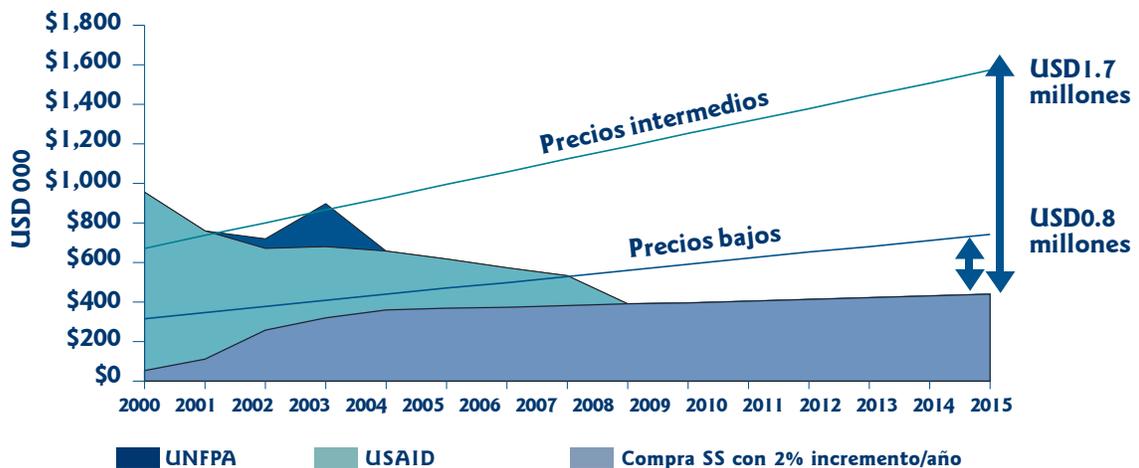
Fuente: 1, 4, 6, 11, 12, 15, 16

Anexo 2: Requisitos de financiamiento de los MS

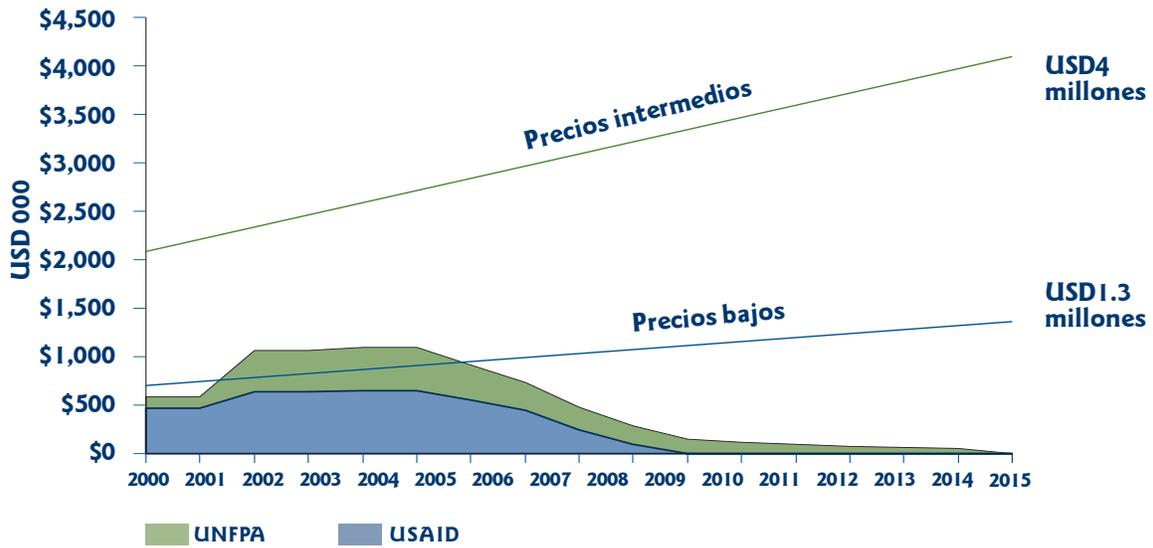
Bolivia: Requisitos de Financiamiento del MSD 2000-2015



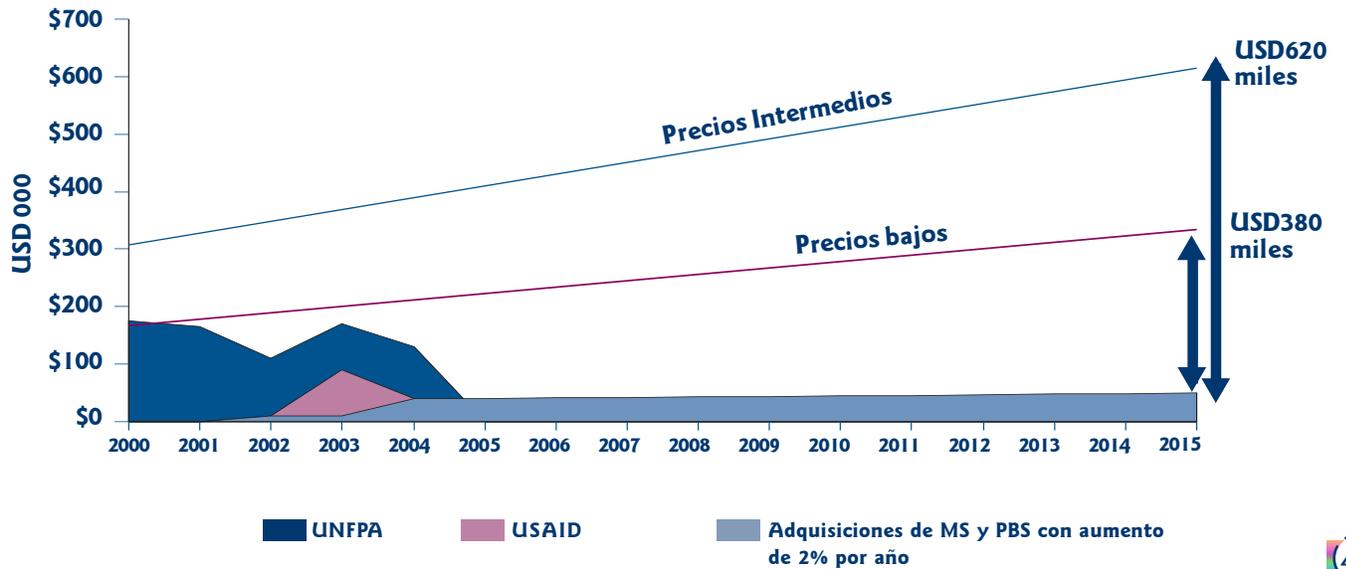
Honduras: Requisitos de Financiamiento de la SS 2000-2015



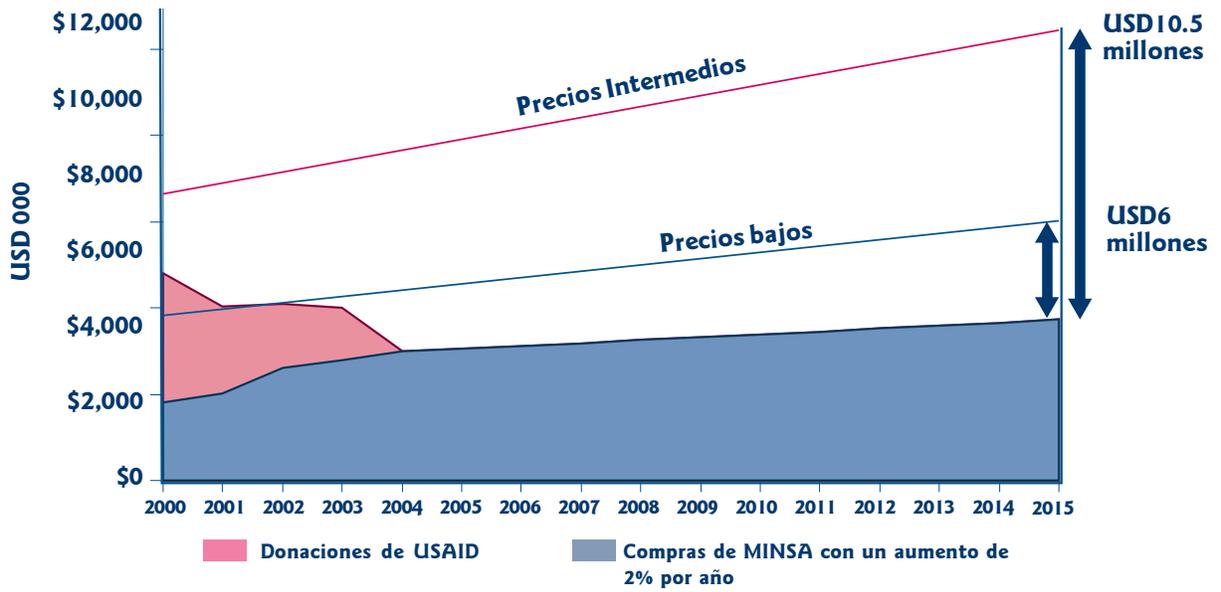
Nicaragua: Requisitos de Financiamiento del MINSA 2000-2015



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



Perú: Requisitos de Financiamiento del MINSA 2000-2015



Anexo 3: Programa de adquisición reembolsable de UNFPA

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

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

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

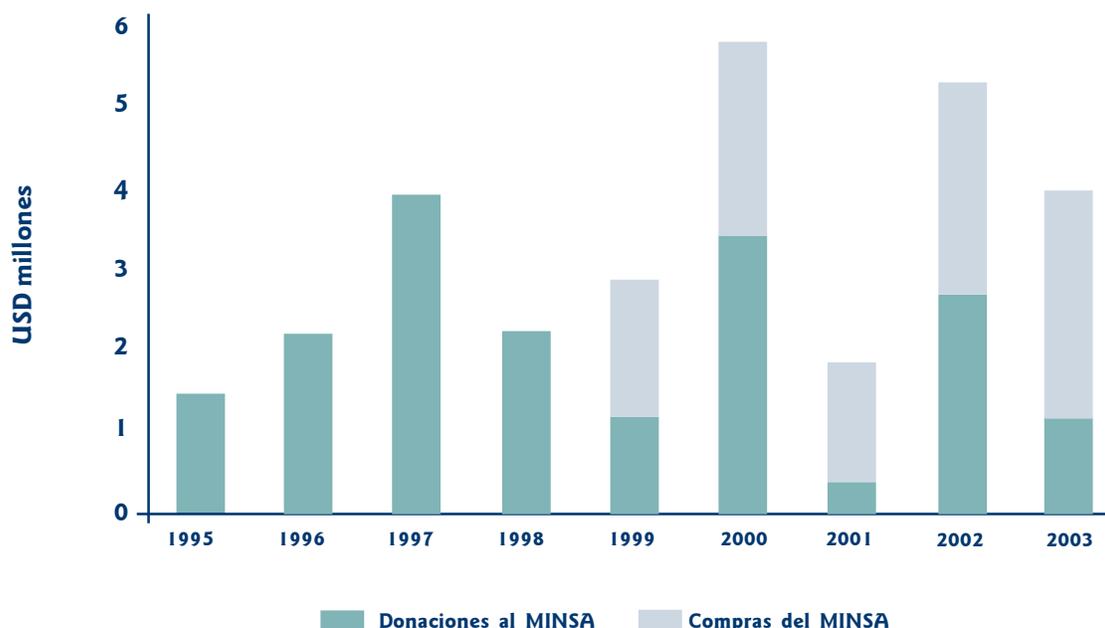
El costo estimado total de una compra, incluyendo el envío y manejo, se debe depositar con UNDP antes de iniciarse la transacción. Sin embargo, el número de veces en un sólo año en el que los compradores pueden solicitar anticonceptivos y condones no está limitado, así como tampoco hay un límite al valor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

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

Anexo 4: Gobierno peruano invierte en anticonceptivos

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

Compras y donaciones de anticonceptivos, 1995-2003



Fuente: NEWVERN, Prisma

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

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

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

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

Anexo 5: Designación de anticonceptivos como «insumo estratégico»

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

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

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

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

Anexo 6: Fondos para anticonceptivos

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

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

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

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

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

