

Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos en Paraguay: Evaluación de Fortalezas y Debilidades

8 al 19 de marzo del 2004

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

Agradecimientos	2
Siglas	3
Resumen	4
Introducción	6
Antecedentes	7
Servicios de Planificación Familiar en Paraguay	8
Donantes Internacionales	9
Hallazgos de la Evaluación de la DAIA	10
Estrategias Recomendadas y Próximos Pasos	17



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 pacientes.



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

Este resumen está basado en el estudio «Paraguay: Diagnóstico sobre la Disponibilidad Asegurada de los Insumos Anticonceptivos (DAIA), Marzo 8-19, 2004.» El estudio en Paraguay fue realizado por el equipo de JSI/DELIVER: Nora Quesada, Cynthia Salamanca y Juan Agudelo, y el equipo de Futures Group/POLICY II: Patricia Mostajo y Varuni Dayaratna. Adicionalmente Leslie Patykewich y Ali Karim de JSI/DELIVER prepararon el análisis de segmentación del mercado incluido en el estudio.

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

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

CAFAPAR	Cámara de Farmacias del Paraguay
CEPEP	Centro Paraguayo de Estudios de Población afiliado a IPPF
DAIA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DIU	Dispositivo intrauterino
IMI	Informe de Movimiento de Insumos de Planificación Familiar
IPPF	Federación Internacional de Paternidad Responsable (por su sigla en Inglés)
IPS	Instituto de Previsión Social
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MSP y BS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto interno bruto
PF	Planificación familiar
PNSSR	Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
PROMESA	Promoción y Mejoramiento de la Salud. ONG de Mercadeo Social.
SPARHCS	Vía Estratégica para la Disponibilidad Asegurada de Insumos de Salud Reproductiva (por su sigla en Inglés).
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Los resultados de la evaluación de la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) realizado en Paraguay en marzo de 2004 muestran que a pesar de que el gobierno paraguayo debe enfrentar muchos desafíos, está bien posicionado para lograr la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos. Uno de los desafíos claves ha sido el cambiante clima político con respecto a la planificación familiar (PF) desde que el sistema de salud pública comenzó a prestar esos servicios en la década de los 70's. Afortunadamente, en la actualidad, el entorno y compromiso político de los líderes nacionales respecto a la planificación familiar es fuerte y Paraguay ha dado sus "primeros pasos" por el camino hacia la DAIA. En 2003, asumió el Presidente Nicanor Duarte Frutos y durante su gobierno el apoyo a la planificación familiar ha continuado. El nuevo Ministro de Salud aprobó el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva entre el 2003 y el 2008, que claramente identifica a la planificación familiar como una prioridad.

La creciente demanda en el uso de métodos anticonceptivos por parte de la población paraguaya es una tendencia positiva. Sin embargo, la existencia de grandes necesidades no cubiertas, especialmente entre los pobres, constituye una seria preocupación. Las inversiones provenientes de donaciones para la planificación familiar durante la década de los 90's produjeron un rápido aumento de la prevalencia general de los métodos anticonceptivos y reducciones igualmente aceleradas en la fecundidad total. Entre 1990 y 1998, el uso de anticonceptivos (todos los métodos, mujeres en unión) aumentó del 44 al 57 por ciento, mientras que la fecundidad total cayó de 4,6 a 4,3 nacimientos por mujer. En 1998, las necesidades no cubiertas de Paraguay en lo que respecta a la planificación familiar era del 17 por ciento entre todas las mujeres y del 60 por ciento entre las mujeres pertenecientes a los dos quintiles de ingresos más bajos. A pesar de esto, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) no ha implementado ninguna estrategia oficial para brindar los servicios de PF a aquellos que más los necesitan y aunque el MSP y BS posee una sólida estructura, la falta de insumos parece ser un hecho que afecta el acceso a los servicios de PF.

El papel fundamental que desempeña el sector privado en la segmentación del mercado paraguayo de PF constituye una clara ventaja para la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. En 1998, el sector privado cubría el 60 por ciento del mercado, con las farmacias atendiendo al 43 por ciento de los usuarios de anticonceptivos. Las farmacias de Paraguay incluyen marcas de mercadeo comercial y social de diferentes precios, lo que implica que la mayoría de los usuarios pueden acceder a éstas. En 1998, el MSP y BS poseía el 27 por ciento de participación en el mercado de anticonceptivos, proporcionando anticonceptivos gratuitos a sus clientes, pero cobrándoles un pequeño arancel por la consulta. Gracias al importante papel del sector privado, el MSP y BS debería poder destinar sus recursos a aquellos que más los necesitan.

En cuanto al financiamiento de anticonceptivos, existen importantes ventajas así como grandes desafíos. En el año 2002, por primera vez en Paraguay, el MSP y BS estableció una partida presupuestal destinada a la salud reproductiva y esta partida incluía un rubro para anticonceptivos. Sin embargo, a pesar de que dicha partida fue aprobada por el Congreso, nunca se recibió la totalidad de los fondos

debido a un serio déficit presupuestario. En los próximos años deberán incrementarse rápidamente los fondos y las compras de anticonceptivos por parte del MSP y BS con el fin de satisfacer la creciente demanda de anticonceptivos, especialmente considerando la disminución progresiva de la contribución de la USAID en los próximos cinco años y los bajos niveles de financiación de Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en Paraguay.

En general, el MSP y BS tiene poca experiencia en la adquisición de anticonceptivos y deberá reforzar dicha capacidad para adquirirlos. Sin embargo, el MSP y BS tiene experiencia en la adquisición de medicamentos e insumos que no sean anticonceptivos para programas verticales tales como para la tuberculosis y la malaria. Las leyes de adquisición de Paraguay aparentemente son flexibles, proporcionando varias alternativas para que el MSP y BS adquiera anticonceptivos.

El sistema logístico de anticonceptivos en Paraguay está centralizado en el MSP y BS y el personal tiene una adecuada capacitación para utilizar los instrumentos apropiados de gestión logística. Sin embargo, el sistema logístico muestra una falla en la coordinación y en el uso de la información a nivel central, lo que se traduce en envíos equivocados y, a la larga, esto provoca ineficiencias en el abastecimiento. Debe mejorarse la coordinación y el uso de la información entre diferentes oficinas y programas del MSP y BS a nivel central. Esto también contribuye al hecho de que el MSP y BS regularmente solicite a UNFPA una cantidad insuficiente de anticonceptivos que luego se complementan con adquisiciones de emergencia adquiridos por la USAID. A pesar de la aparente gran dependencia de las donaciones de suministros de anticonceptivos, el valor real de los anticonceptivos donados al Paraguay en un solo año, nunca ha excedido los USD 500.000 lo que sugiere que es factible que, en un futuro cercano, el gobierno paraguayo sustituya estos subsidios.

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

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

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

Estas actividades comenzaron en julio de 2003 durante una conferencia regional sobre DAIA en Nicaragua desarrollada para lograr una mayor concientización acerca de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos y para estimular el dialogo. Durante esta reunión, los representantes de cada país participante conformaron un Comité de DAIA destinado a liderar la discusión sobre los temas relacionados con la misma y a actuar como un enlace en la evaluación de dicha seguridad, en aquellos países que formaban parte del estudio regional. La evaluación de DAIA se realizó en Paraguay en marzo de 2004.

La población de Paraguay es de 5,9 millones de habitantes y es predominantemente urbana, el 57 por ciento vive en ciudades. Alrededor del 57 por ciento de la población de Paraguay vive en la pobreza. Las mujeres en edad reproductiva representan el 25 por ciento o 1,46 millones de la población. A pesar de tener una economía débil, el gasto público en salud aumentó a fines de la década de los 90's y, como resultado de ello, los indicadores de salud y de PF mejoraron en forma significativa. Sin embargo esta tendencia positiva finalizó en 2000, y entre 2000 y 2001, el gasto público en salud disminuyó. Si esta tendencia continúa, es probable que tenga un impacto negativo sobre la capacidad del gobierno de mantener y aumentar su gasto en planificación familiar.

El sistema de salud pública de Paraguay ha proporcionado servicios de PF desde la década del 70. A pesar de que en los últimos 30 años la historia del programa de PF ha tenido diferentes matices, en la actualidad el entorno y compromiso político con la planificación familiar es fuerte entre los líderes nacionales. En 1979, el gobierno paraguayo suspendió la provisión de métodos anticonceptivos a la población. Durante nueve años, el programa nacional de PF sólo consistió en una labor de promoción educativa del método de Billings. Durante este período, las organizaciones no gubernamentales (ONG) como el Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), afiliado a la Federación Internacional de Paternidad Responsable (IPPF), continuaron proporcionando métodos modernos. Sin embargo, debido a su escala reducida, no pudieron alcanzar cobertura nacional.

En 1988, el MSP y BS desarrolló el Programa Nacional de Salud Materno-Infantil, que reestableció la prestación de servicios de PF. Desde 1988 hasta la fecha, las organizaciones internacionales como UNFPA, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y USAID, a través de varios proyectos e intentos, ha apoyado activamente los servicios relacionados con la salud reproductiva, incluyendo planificación familiar, asistencia pre y post natal, partos institucionales y cánceres en el aparato reproductor. A través de su labor y especialmente con la contribución de anticonceptivos de UNFPA y de USAID, los servicios de PF se han incorporado a todos los establecimientos del MSP y BS.

En 1998, después de que asumió un gobierno conservador, nuevamente se suspendió la labor del sector público sobre planificación familiar. Sin embargo, el gobierno y el entorno hostil se prolongó solamente durante siete meses, momento en que se reinstituyeron los programas de PF y a partir de entonces persiste el apoyo a la planificación familiar. En 2003, asumió el Presidente Nicanor Duarte Frutos y el apoyo a la planificación familiar continúa en curva ascendente. El nuevo Ministro de Salud aprobó el Programa Nacional para la Salud Sexual y Reproductiva durante el período 2003 a 2008, que identifica a la planificación familiar como una prioridad.

Servicios de Planificación Familiar en Paraguay

El gobierno paraguayo proporciona anticonceptivos y preservativos a la población a través del MSP y BS, el Instituto de Previsión Social (IPS), las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional y la Universidad Nacional de Asunción. A diferencia de otros países latinoamericanos donde el Ministerio de Salud desempeña un papel predominante, en 1988 el MSP y BS solamente atendía al 27 por ciento de quienes recibían asistencia de PF. El IPS cubre el 14 por ciento de la población del país, pero sólo el 1 por ciento de los usuarios de anticonceptivos. Solamente los empleados del sector formal y sus dependientes pueden acceder a los servicios de IPS, y sus centros asistenciales están ubicados casi exclusivamente en ciudades. El IPS entrega anticonceptivos en forma gratuita solamente en el hospital central del IPS en Asunción y estos insumos provienen del MSP y BS. Las Fuerzas Armadas reciben la mayor parte de sus anticonceptivos de UNFPA, mientras que la Policía Nacional y la Universidad Nacional de Asunción los reciben a través del MSP y BS pero atienden solamente al 2 por ciento de los clientes de PF.

Las farmacias y los puntos de venta de productos farmacéuticos ubicados en todas las ciudades y pueblos y zonas rurales remotas constituyen la fuente principal de medicamentos en Paraguay, incluyendo anticonceptivos (comercializados en forma social o comercial). En 1998, las farmacias atendían al 43 por ciento de todos los clientes de PF.

Por lo general, las ONG poseen una participación muy pequeña en el mercado de PF de Paraguay y abastecen especialmente al sector medio-alto del mercado. El CEPEP proporciona servicios a través de las cuatro clínicas propias y siete clínicas asociadas e incluye una red de voluntarios que distribuyen anticonceptivos en la comunidad. Otra ONG, PROMESA, implementa un programa de mercadeo social. PROMESA se centra especialmente en farmacias donde comercializa sus productos a precios de mercadeo social. Los proveedores privados de Paraguay incluyen a los médicos y enfermeras privadas y a las clínicas y hospitales privados y en 1988 proporcionaron el 17 por ciento de anticonceptivos, principalmente a través de la colocación de los DIU.

Hasta 2001, UNFPA y USAID eran la única fuente de anticonceptivos del MSP y BS. En los años 2002 y 2003, abastecieron del 90 al 95% de todos los insumos anticonceptivos del MSP y BS. En la actualidad, UNFPA es el principal contribuyente de anticonceptivos del MSP y BS. Sin embargo, estas donaciones no han sido suficientes para satisfacer la demanda de los clientes del sector público, produciéndose un fuerte desabastecimiento. Las contribuciones de USAID al MSP y BS se han producido en momentos de emergencia donde había escasez de insumos. Sin embargo, en los últimos años, estas contribuciones de emergencia se han convertido en una rutina, pero aún no satisfacen las necesidades totales. Además, USAID donó anticonceptivos al CEPEP hasta el 2003 y continúa proveyendo preservativos a PROMESA. USAID también provee condones para el programa del MSP y BS VIH/SIDA, mientras que el UNFPA los proporciona a su programa de PF. IPPF también suministra insumos al CEPEP, proporcionando ayuda “en especie” a sus afiliados. A pesar de la aparente gran dependencia en los donantes de insumos, el valor real de los anticonceptivos donados al Paraguay por parte de la USAID, UNFPA e IPPF en un solo año, nunca ha excedido los USD 500.000.

Hallazgos de la Evaluación de la DAIA

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

Entorno

A pesar de que en Paraguay el apoyo político a la salud reproductiva y la planificación familiar es fuerte, los factores económicos constituyen una amenaza a la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos. Desde 1995, el país ha enfrentado una crisis económica que ha provocado un menor ingreso proveniente de los impuestos y un creciente déficit fiscal. Como consecuencia de ello, el gasto del sector público de Paraguay en salud como porcentaje del PIB está bajando, produciendo un impacto negativo en el financiamiento del gobierno destinado a la salud reproductiva y planificación familiar.

En el año 2002, por primera vez el presupuesto del MSP y BS incluyó una partida para el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Sin embargo, en los años siguientes, los fondos asignados y aprobados para esta partida fueron solamente una mínima parte comparados con los niveles del año 2002. Más aún, como consecuencia del creciente déficit fiscal, el monto real de los fondos que en 2003 el Ministerio de Economía transfirió al Programa de Salud Reproductiva fue de tan solo del 30 por ciento del presupuesto aprobado. Estos problemas económicos no son una buena señal para la labor de DAIA.

Además, dentro del sector de salud existe una clara intención de descentralización y ya se están tomando algunas medidas. Por ejemplo, el presupuesto del MSP y BS para 2004 por primera vez tiene partidas independientes para anticonceptivos a nivel regional. En esta instancia, no queda claro cómo las regiones de salud asignarán y manejarán estos fondos y están peligrando algunas decisiones respecto a la planificación familiar. Cuando estas reformas se implementen totalmente, posiblemente debiliten la capacidad del MSP y BS de manejar sus servicios de PF en la medida que los fondos y las responsabilidades sobre el programa se transfieran a 18 regiones de salud. Todos estos factores exceden el control directo de los coordinadores de PF, pero deben considerarse y tratarse para alcanzar la DAIA.

Demanda y Utilización

La creciente demanda en el uso de métodos anticonceptivos por parte de la población paraguaya es una tendencia positiva. Sin embargo, la existencia de grandes necesidades no cubiertas, especialmente entre los pobres, constituye una seria preocupación. Las inversiones provenientes de donaciones para la planificación familiar durante la década de los 90's produjeron un rápido aumento de la prevalencia general de los métodos anticonceptivos y reducciones igualmente aceleradas en la fecundidad total. Entre 1990 y 1998, el uso de anticonceptivos (todos los métodos, mujeres unidas en edad fértil) aumentó del 44 al 57 por ciento, mientras que la fecundidad total cayó de 4,6 a 4,3 nacimientos por

mujer. El uso de métodos anticonceptivos modernos demostró progresos igualmente dramáticos, a nivel nacional crecieron del 35 al 47 por ciento y en zonas rurales, dio un salto del 26 al 41 por ciento.

A pesar de que la tendencia alcista de Paraguay respecto a la prevalencia constituye una fuerza positiva para la DAIA, a medida que aumente la demanda de anticonceptivos se incrementarán las necesidades no cubiertas con respecto a planificación familiar. En 1998, las necesidades no cubiertas de Paraguay constituían el 17 por ciento entre todas las mujeres y el 60 por ciento entre las mujeres pertenecientes a los dos quintiles de ingresos más bajos. A pesar de esto, el MSP y BS no ha implementado ninguna estrategia oficial para destinar los servicios de PF a aquellos que más los necesitan. Sin embargo, muchos centros gubernamentales cuentan con un trabajador social que puede identificar a los clientes de bajos recursos y les autorizan no abonar el arancel de la consulta relativa a PF.

La mezcla de métodos en Paraguay muestra una leve preponderancia de los anticonceptivos orales pero, en general, hay una distribución pareja de métodos a largo y corto plazo. Entre 1990 y 1998 se ha duplicado el uso del preservativo. A pesar de las grandes necesidades no cubiertas entre los pobres, la proporción de mujeres que se esterilizan cayó entre 1990 y 1998. Posiblemente, esto se atribuya a algunos temores de los médicos basados en las interpretaciones del código penal que clasifican un daño al sistema reproductivo como un delito punible. Por otro lado, Paraguay es el único país de la región donde todas las organizaciones, inclusive el MSP y BS, aceptan los anticonceptivos de emergencia.

Servicios

Aunque el MSP y BS posee una sólida estructura, el desabastecimiento parece ser un hecho que afecta el acceso a los servicios de PF. El MSP y BS presta servicios de PF en todos sus centros, que incluyen 17 hospitales regionales, 18 hospitales distritales, 120 centros de salud y 634 puestos de salud. El personal de todos los niveles ha sido capacitado en PF. Sin embargo, el desabastecimiento frecuente de anticonceptivos en estos lugares representa una grave barrera para la accesibilidad y calidad. Una reciente evaluación rápida de 22 centros asistenciales, mostró que en el momento en que se realizó la visita, del 15 al 20 por ciento de dichos establecimientos estaba desabastecido de uno o más métodos. Por lo general faltaban DIUs e inyectables pero también se vieron afectados los preservativos y las píldoras. Curiosamente, también se comprobó que había algunos métodos (Depo-Provera®) de reserva en el depósito central mientras que grandes cantidades de otros (DIUs y píldoras) estaban vencidos. El anticonceptivo de emergencia, Postinor2, se distribuye a través de los centros asistenciales del MSP y BS y ningún grupo se opone a éste. Sin embargo, la demanda en los centros asistenciales es baja y en todos los niveles hay grandes excedentes de inventarios.

Claramente, parecen haber cuellos de botella relacionados con la entrega puntual y en cantidades adecuadas de los productos, lo que demuestra un problema en el sistema central de distribución. La falta de productos del MSP y BS en los centros asistenciales ha provocado una mayor compra en farmacias, aún entre las personas de bajos recursos, y ha contribuido a aumentar las necesidades no cubiertas y la interrupción del uso de algún método anticonceptivo. También existen otras barreras de accesibilidad. Por ejemplo, el arancel de la consulta sobre PF al MSP y BS constituye un obstáculo para las mujeres pobres, especialmente por que esos aranceles se vuelven a cobrar en las consultas sucesivas. Los casos de los que se tienen conocimiento también parecen indicar que los médicos tienen prejuicios acerca de la esterilización femenina y que, con frecuencia, se niega el acceso a este método a mujeres con baja paridad.

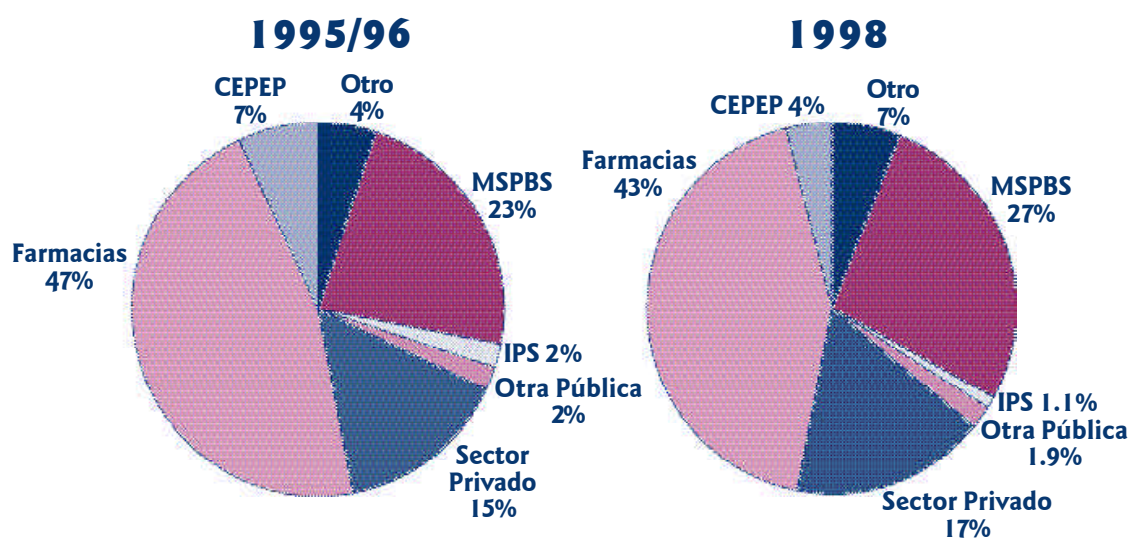
Las farmacias sociales constituyen una novedosa manera de proporcionar las drogas y medicamentos básicos a precios más bajos que las comerciales para poblaciones de escasos recursos. En la actualidad, en Paraguay hay 51 farmacias sociales que operan en el Departamento de Itapúa. Están financiadas con fondos rotativos originados con un capital inicial proveniente de los gobiernos regionales y a veces están dentro de los centros del MSP y BS. En algunas de estas farmacias se pueden obtener anticonceptivos. La ampliación de la red de farmacias sociales a nivel nacional, así como sus servicios y suministros en el mercado de los anticonceptivos es una opción que se debe seguir investigando.

En cuanto al IPS, desafortunadamente su capacidad para la prestación de servicios de PF es muy limitada. En la actualidad, los establecimientos del IPS no tienen anticonceptivos para entregar a sus clientes, y solamente se encuentran disponibles en el Hospital Central y en cantidades limitadas. Como consecuencia de ello, el IPS solo atiende al 1 por ciento de los clientes de PF y la única alternativa que tienen los beneficiarios de IPS para obtener anticonceptivos es acudir a distintos proveedores, como las farmacias, los establecimientos del MSP y BS o a otras fuentes privadas.

Segmentación del Mercado

El mercado de anticonceptivos de Paraguay está bien segmentado, y el sector privado juega un papel preponderante (Ver la Figura 1). En 1998, el sector privado cubrió el 60 por ciento del mercado, con las farmacias atendiendo al 43 por ciento de los usuarios de anticonceptivos. Las farmacias de Paraguay incluyen marcas de mercadeo comercial y social de diferentes precios, lo que implica que la mayoría de los usuarios pueden acceder a éstas. En 1998, el MSP y BS poseía el 27 por ciento de participación en el mercado de anticonceptivos, proporcionando anticonceptivos gratuitos a sus clientes, pero cobrándoles un pequeño arancel por la consulta. En una manera poco precisa de focalización, si un trabajador social determina que algunos usuarios no pueden pagar, se les puede permitir que no lo hagan.

Figura 1. Fuentes de Abastecimiento de Anticonceptivos y Condones



El rol de los médicos privados en el mercado de anticonceptivos de Paraguay se limita, en gran medida, a la colocación de DIUs. El uso del sector privado prevalece en todos los grupos de ingresos, pero es significativamente superior en los tres quintiles más altos. En el grupo con ingresos más altos, el 79 por ciento de los usuarios se dirigen al sector privado y solo el 7 por ciento se dirige al MSP y BS. Aún en el quintil más pobre, donde el 52 por ciento depende de los centros del MSP y BS, el 40 por ciento de los usuarios acudieron a las farmacias y proveedores privados. Asimismo, es importante destacar que del 19 al 26 por ciento de los clientes de altos y medianos ingresos acuden al MSP y BS para obtener sus anticonceptivos. Muchos de ellos pueden costear los precios del sector comercial. Redireccionar a estos clientes hacia el sector privado podría liberar recursos de tal manera que el MSP y BS se centre en satisfacer las necesidades de los pobres.

El papel de las ONG en el mercado de anticonceptivos de Paraguay es reducido y éste está dominado por el CEPEP y PROMESA. Ambas ONG prestan servicios a grupos de ingresos altos y medios y no tienen muchas opciones para ampliarlos a otros grupos debido a sus márgenes de sostenibilidad. Su dependencia de los insumos de los donantes es baja.

Financiamiento

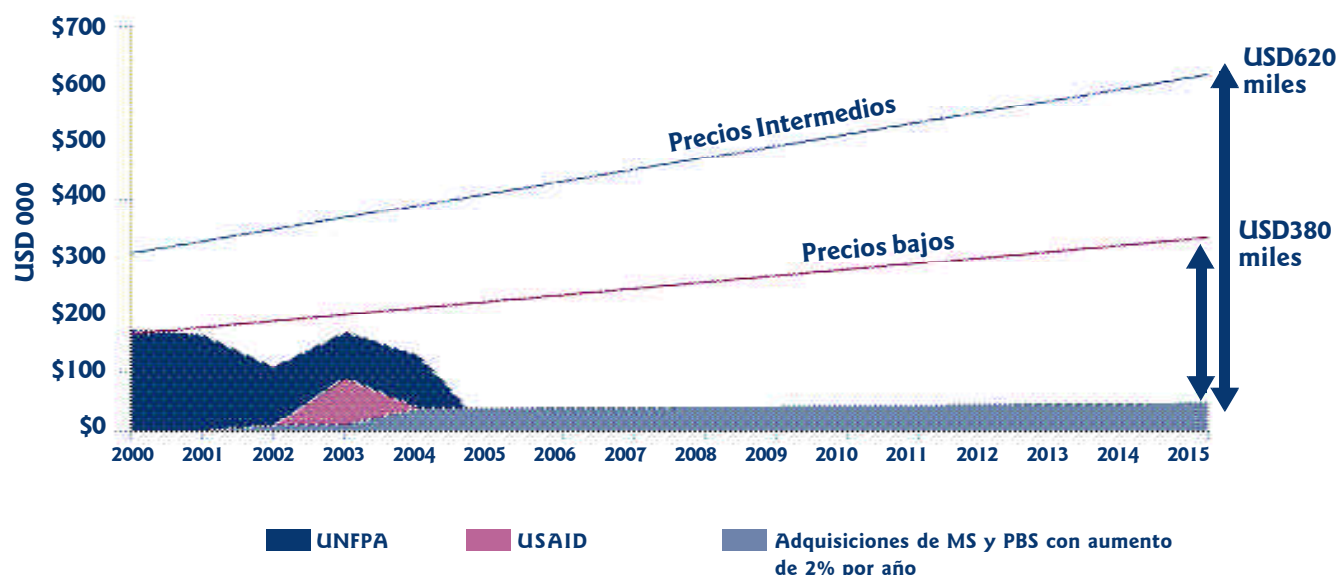
Hasta 2001, UNFPA y USAID eran las únicas fuentes de anticonceptivos del MSP y BS. En el año 2001, el MSP y BS estableció una partida en su presupuesto destinada a la salud reproductiva, y en ésta había un punto destinado a “productos químicos y médicos”, incluyendo anticonceptivos. A pesar de que la partida no fue totalmente financiada debido al déficit fiscal, brindó la oportunidad para que el MSP y BS realizara compras iniciales de anticonceptivos, aunque pequeñas. En 2002 y 2003, por primera vez el MSP y BS compró anticonceptivos con sus propios fondos. Las compras llegaron a alrededor de USD10.000 por año y constituía entre el 5 y el 10 por ciento de toda la adquisición de anticonceptivos por parte del MSP y BS para todos esos años. En los próximos años deberán incrementarse rápidamente los fondos y las compras de anticonceptivos por parte del MSP y BS con el fin de satisfacer la creciente demanda de anticonceptivos, especialmente considerando la supresión progresiva de la asistencia de USAID para los próximos cinco años y los bajos niveles de financiación del UNFPA.

Dadas las actuales mezcla de métodos y fuentes, las proyecciones financieras muestran que en 2015, el sector público necesitará entre USD380.000 y USD620.000 en anticonceptivos para satisfacer las necesidades de los clientes—un objetivo relativamente razonable para el gobierno paraguayo (Ver Figura 2). Sin embargo, la escala en la adquisición de anticonceptivos implica que el Ministerio de Salud tendrá que adquirir 35-50 por ciento más de anticonceptivos, en promedio, para aliviar el déficit del financiamiento proyectado para 2015. Inicialmente, parte de estos requisitos será financiado por la comunidad de donantes, pero el gobierno paraguayo necesitará cada vez más la carga en la medida en que la comunidad de donantes empiece a disminuir la ayuda financiera.

Para evitar déficits, los donantes y el MSP y BS deberán trabajar juntos para estimar y negociar sus funciones respectivas y las responsabilidades financieras. También es importante que se aseguren que el gobierno consiga los precios más bajos posibles para los anticonceptivos que compra y que establezca mecanismos para adquirirlos en cantidades adecuadas y puntualmente. Además, el IPS deberá asumir el financiamiento de los servicios de planificación familiar y anticonceptivos para sus beneficiarios. Para lograr la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en Paraguay, también deben preservarse y

ampliarse otras fuentes de financiamiento. Los individuos y grupos familiares contribuyen significativamente al financiamiento de anticonceptivos en Paraguay, y las farmacias y otros puntos de distribución del sector privado de este producto, deben apoyarse e incluirse en las estrategias y planes de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos.

Figura 2. Requisitos de Financiamiento del MSP y BS, 2000 - 2015



Adquisición

En general, el MSP y BS tiene poca experiencia en la adquisición de anticonceptivos y deberá reforzar su capacidad para adquirirlos. Su experiencia limitada incluye la compra de pequeñas cantidades de Mesigyna a Schering Paraguay entre 2002 y 2003 a precios relativamente altos. Sin embargo, el MSP y BS sí tiene experiencia en la adquisición de medicamentos e insumos para programas verticales que no sean anticonceptivos, por ejemplo los de tuberculosis y de malaria.

Las leyes de adquisición de Paraguay aparentemente son flexibles, proporcionando varias alternativas para que el MSP y BS adquiera anticonceptivos. Con excepción de las vacunas, la mayor parte de los insumos/medicamentos utilizados para los programas verticales no integran la Lista de Medicamentos Básicos del MSP y BS, pero esto no implica un obstáculo para la adquisición de dichos medicamentos cuando se requiera y lo mismo ocurre con los anticonceptivos. No fue necesario realizar una licitación pública para las dos compras de anticonceptivos que el MSP y BS realizó entre 2002 y 2003. El Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva del MSP y BS pudo utilizar fondos presupuestados y comprar inyectables a los distribuidores locales sin ningún obstáculo legal para la adquisición. También se entiende que, en caso de necesidad y si los precios y la calidad de los productos ofrecidos en el país no cumplen con las normas de control de calidad y de inscripción, el MSP y BS podría comprar las materias primas a nivel internacional. En síntesis, el MSP y BS podría comprar los anticonceptivos en forma local o internacional y, aparentemente, existen pocos obstáculos para aplicar estos mecanismos.

Gestión de Logística

El sistema logístico de anticonceptivos de Paraguay está centralizado en el MSP y BS y el personal está adecuadamente capacitado para utilizar los instrumentos apropiados de gestión logística. A pesar de que los productos se distribuyen desde el nivel central hacia las regiones sanitarias, la información fluye centralmente desde los diferentes Servicios (es decir, centros y puestos de salud, así como de los hospitales distritales y regionales) pasando por las Regiones Sanitarias hasta el MSP y BS. Todo el personal que maneja el depósito central del MSP y BS, el personal de la Dirección General de Salud Reproductiva y los directores de centros asistenciales ha sido capacitado en la gestión logística y muchos de ellos poseen mucha experiencia en el tema. El uso de instrumentos logísticos, tal como el Informe de Movimiento de Insumos (IMI) a nivel local fue consistente y, sin lugar a dudas, constituirá un punto fuerte en la búsqueda de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos de Paraguay.

Sin embargo, el sistema logístico muestra una falla en la coordinación y en el uso de la información a nivel central, lo que se traduce en envíos equivocados y, a la larga, esto provoca desabastecimiento. Este problema se produce principalmente porque la administración del depósito central es independiente del Programa de Planificación Familiar y de la Dirección General de Salud Reproductiva, dos entidades que manejan y consolidan los datos del consumo e inventario procedente de los centros asistenciales. Aparentemente la información entre las entidades a nivel central es limitada. Con frecuencia, las decisiones del depósito central respecto a las cantidades de anticonceptivos que se distribuirán en cada región no se basan en la información a nivel del centro y esto produce desabastecimientos en los puntos de prestación de servicios. Debe mejorarse la coordinación y el uso de la información entre diferentes oficinas y programas del MSP y BS a nivel central. Para proyectar la demanda de anticonceptivos, la Dirección General de Salud Reproductiva también debe utilizar la información de la existencia y del consumo que recibe de los centros asistenciales que son la base de las adquisiciones del UNFPA o las futuras compras del MSP y BS. Sin embargo, existe una tendencia a basar estas estimaciones en pedidos anteriores en lugar de hacerlo en la información actual, lo que invariablemente conduce a una valoración inferior a la creciente demanda. Como resultado de esto, en los últimos años, el MSP y BS ha hecho solicitudes de cantidades inadecuadas de anticonceptivos al UNFPA, cantidades que la USAID ha tenido que complementar posteriormente con adquisiciones de emergencia.

Política

Paraguay posee un marco político consolidado que apoya los derechos de sus ciudadanos respecto de la planificación familiar. En el nivel más alto, la Constitución Nacional garantiza el derecho de todas las personas a decidir libremente y en forma responsable la cantidad y frecuencia de nacimientos y, por lo tanto, apoya los objetivos de la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos. El gobierno actual claramente ha establecido la planificación familiar como una de sus prioridades. Dos de los principales objetivos del Plan Gubernamental entre 2003 y 2008 son la reducción de la mortalidad materna y la ampliación del acceso a la planificación familiar. El Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) del 2003 al 2008, aprobado por el Ministerio de Salud en noviembre de 2003, identifica la planificación familiar como un área prioritaria. Más importante aún, uno de los indicadores del PNSSR para medir la mejora del compromiso político y económico está representado por los fondos del presupuesto nacional invertidos en la compra de anticonceptivos.

Liderazgo y Compromiso

El PNSSR es un poderoso indicador del compromiso y liderazgo del gobierno actual respecto a la planificación familiar. Asimismo es un documento que puede utilizarse para responsabilizar al gobierno por sus acciones o por la omisión de las mismas, respecto de la salud reproductiva, planificación familiar y Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos. El compromiso del gobierno actual y del anterior con respecto a la salud reproductiva y a la planificación familiar también se puede demostrar a través de un rubro específico del presupuesto del MSP y BS destinado al programa de salud sexual y reproductiva junto con una partida para anticonceptivos. Sin embargo, este compromiso no ha alcanzado el financiamiento total de la partida por parte del Ministerio de Hacienda, en gran medida, debido a la terrible situación fiscal que Paraguay ha enfrentado en los últimos siete años, la falta de información para cuantificar las necesidades reales y el financiamiento anual imprevisible proveniente de los donantes.

Coordinación

A nivel de la política, aparentemente entre el MSP y BS y sus socios internacionales, la USAID y UNFPA están bien coordinados. Las tres instituciones, junto con la mayoría de los otros interesados en el campo de la salud, son miembros del Consejo Nacional de Salud Reproductiva que fueron los que desarrollaron el PNSSR 2003–2008. También participan en el Comité Nacional de DAIA. Por consiguiente, existe una clara comunicación y coordinación con respecto a las prioridades políticas y programáticas. Sin embargo, aparentemente, esta comunicación se ve interrumpida por funciones operativas tal como la adquisición coordinada de anticonceptivos para evitar la duplicación y sincronización entre los programas de VIH/SIDA y de salud reproductiva.

Estrategias Recomendadas y Próximos Pasos

Estrategia 1.

Desarrollar estrategias para alcanzar a las poblaciones con la mayor cantidad de necesidades, incluyendo a mujeres pobres, residentes rurales, jóvenes y aquellos con un bajo nivel de educación. Redirigir al sector privado a aquellos que pueden pagar.

- Instituir mecanismos de excepción para estos grupos objetivo de tal manera que no tengan que pagar el arancel por consultas de PF. Actualmente, algunos de los centros del MSP y BS poseen sistemas informales en acción donde los trabajadores sociales entrevistan a los clientes para determinar si son pobres y si deberían recibir una excepción. Este mecanismo se podría formalizar e instituir oficialmente en todos los centros.
- Establecer en el lugar estrategias para cobrarle a aquellos que pertenecen a las tres quintiles de ingresos superiores que reciben anticonceptivos del sector público en forma gratuita y utilizar dichos ingresos para ampliar los servicios a aquellos con necesidades insatisfechas. Por ejemplo, el MSP y BS puede ampliar el abastecimiento de anticonceptivos a través de las farmacias sociales y enviar a los clientes que no son pobres a estas farmacias donde pagarán los anticonceptivos de sus propios bolsillos.
- Apoyar y alentar el papel de las farmacias como el principal proveedor de anticonceptivos de Paraguay garantizando que el entorno político y jurídico para la participación del sector comercial sea favorable. Asimismo, el MSP y BS y los donantes deberían incluir totalmente al sector comercial y a las asociaciones de farmacias en todas las sesiones de estrategias de DAIA. La participación de la Cámara de Farmacias del Paraguay (CAFAPAR) en el Comité Nacional de DAIA es un paso muy positivo en este sentido.

Estrategia 2.

Movilizar la participación del IPS en el mercado de anticonceptivos y así garantizar que los escasos recursos del sector público no se gasten en aquellas personas que cuentan con un seguro social.

- Ejercer presión sobre IPS para convencerla que incorporen la provisión de anticonceptivos a la lista de prestación de servicios y asumir la responsabilidad de utilizar los fondos de IPS para la compra de anticonceptivos, ya sea a través del MSP y BS o de su propio mecanismo de adquisición. Para que esto se convierta en realidad, el IPS debe incluir los anticonceptivos en su lista de Medicamentos Básicos.

- Ayudar a IPS en la estimación de los anticonceptivos necesarios para sus clientes. Una opción alternativa es intermediar en un acuerdo entre el MSP y BS e IPS para garantizar que el MSP y BS reciba la remuneración adecuada por prestar servicios a los beneficiarios de IPS en los centros del MSP y BS.
- Invitar a un representante del IPS a integrar el Comité Nacional de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos.

Estrategia 3.

Garantizar que los fondos del sector público cubran adecuadamente las necesidades de anticonceptivos de los clientes del MSP y BS e identificar oportunidades para obtener el mejor valor para estos fondos ya sea a través de la adquisición del UNFPA o partiendo de otro mecanismo igualmente beneficioso y confiable

- Trabajar estrechamente con el MSP y BS para garantizar que la solicitud de fondos de la partida para la compra de anticonceptivos refleje exactamente las necesidades proyectadas de los clientes actuales y futuros del MSP Y BS. Esto también requerirá luchar por incrementos del orden del 35-50 por ciento del presupuesto anual para alcanzar autoabastecerse en 2015.
- Negociar con el UNFPA y la USAID y otras fuentes externas de fondos para garantizar el aporte de fondos hasta el 2015 que cubrirán la brecha entre el presupuesto del MSP y BS y los requisitos proyectados.
- Ejercer presión sobre el Gabinete y el Ministerio de Hacienda para que desembolsen el monto total de los fondos solicitados puntualmente. Un desembolso único sería ideal ya que permitiría que el MSP y BS pueda realizar compras al por mayor (economías a gran escala) y que, si fuera necesario, pueda pagar por adelantado para obtener mejores precios.
- Investigar y probar diferentes opciones de abastecimiento de anticonceptivos, siempre aplicando el criterio de precio y entrega puntual del producto. Investigar la posibilidad de obtener mejores precios con la adquisición a través del UNFPA. Es importante seleccionar un proveedor que también pueda acomodarse a los ciclos y atrasos de los desembolsos del gobierno.

Estrategia 4.

Tratar el tema del desabastecimiento en los centros asistenciales mejorando la coordinación de la logística a nivel central y garantizando la entrega de cantidades adecuadas de insumos anticonceptivos a través de donaciones y de las compras realizadas por el MSP y BS.

- Establecer mecanismos (reuniones habituales y mecanismos de intercambio de información) para mejorar la coordinación y el flujo de información entre la Dirección General de Salud Reproductiva y el depósito central para garantizar que la entrega de insumos a las regiones sean de acuerdo con la disponibilidad de inventario y con los niveles de consumo mensuales que los centros asistenciales envían mensualmente.
- Aplicar los datos actuales a los inventarios a nivel central y regional, los datos de consumo consolidado y la información acerca de las necesidades no cubiertas junto con herramientas como Pipeline para proyectar la demanda real de anticonceptivos en el país. Esta información debería utilizarse para solicitar fondos al gobierno y negociar con los donantes.
- Coordinar la adquisición entre USAID, UNFPA y el MSP y BS para garantizar que cada fuente compre/done un método diferente. Esto evita la duplicación, ayuda a mantener una mínima cantidad de cada método (un método oral; uno inyectable; un DIU; y un método de barrera) garantizando así la provisión mínima de la cantidad total de métodos.

Estrategia 5.

Trabajar para que las futuras propuestas del sector salud y las reformas gubernamentales preserven los logros respecto a la PF y mejoren la capacidad de la población de elegir, obtener y utilizar métodos anticonceptivos.

- Analizar todas las reformas propuestas del sector salud y del gobierno en el contexto del marco de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos y ejercer presión para lograr cambios para mitigar posibles efectos negativos.
- Proporcionar asistencia técnica para el análisis de políticas y sistemas cuando barreras legales o de procedimiento no permitan significativamente la adopción de una reforma beneficiosa.
- Garantizar que los integrantes de los programas de planificación familiar y de la cadena de suministro de anticonceptivos estén en los comités de planificación de descentralización y que aquellos que tomen decisiones sobre la reforma estén informados acerca de la DAIA.
- Compartir otras herramientas y enfoques exitosos que surjan en otros escenarios de reformas con los planificadores y dirigentes de Paraguay y, si fuera necesario, proporcionar asistencia técnica directa para su adaptación y prueba.

