



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

POLÍTICAS, PRÁCTICAS Y LECCIONES APRENDIDAS EN LA ADQUISICIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

COLOMBIA



NOVIEMBRE 2006

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



DELIVER
Sin insumos, No hay Programa. Logística en Salud

POLÍTICAS, PRÁCTICAS Y LECCIONES APRENDIDAS EN LA ADQUISICIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

COLOMBIA

Las opiniones de los autores, expresadas en esta publicación, no necesariamente reflejan los puntos de vista o las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ni del Gobierno de los Estados Unidos.

DELIVER

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

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

Cita sugerida

Agudelo, Juan y Nora Quesada. 2006. Políticas, prácticas y lecciones aprendidas en la adquisición de métodos anticonceptivos: Colombia. Bogotá, Colombia: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Abstracto

En Colombia, el fin de las donaciones por parte de las agencias de cooperación internacionales se cumplió durante la década de 1990, y desde entonces tanto el sector público, como el de mercadeo social y el sector privado han tenido la responsabilidad de asegurar la provisión de servicios de planificación familiar, incluyendo la provisión de métodos anticonceptivos.

En Colombia la reforma en el sector salud ha contribuido a ampliar la cobertura en la provisión de métodos anticonceptivos, llegando a tener una prevalencia de 78%, siendo ésta una de las más altas de América Latina. No obstante, aún existen retos importantes en cuanto a la provisión de métodos anticonceptivos, principalmente en cuanto a la cobertura para la población más pobre y marginada, y en cuanto al mejoramiento de los sistemas de información y adquisición en el sector público.

Adicionalmente, este informe presenta datos sobre precios de anticonceptivos, principalmente para el sector de mercadeo social y para el sector privado, mostrando que hay una gran variedad de métodos disponibles y una gran variación en los precios para el usuario final, siendo esto último consecuencia de la liberación de precios de medicamentos efectuada hace algunos años.

DELIVER

John Snow, Inc.

1616 North Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Phone: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: deliver_project@jsi.com

Internet: www.deliver.jsi.com

CONTENIDO

ABREVIATURAS Y SIGLAS.....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vii
RESUMEN EJECUTIVO	ix
INTRODUCTION.....	1
Metodología.....	1
Información general sobre el país	2
EL SISTEMA DE SALUD EN BREVE	7
Régimen Contributivo	7
Régimen subsidiado.....	7
LEYES, REGLAMENTOS Y REGULACIONES EN LA ADQUISICIÓN DE ANTICONCEPTIVOS.....	11
Colombia y El Tratado de libre comercio (TLC).....	12
PERCEPCIONES DE LA ESTRATEGIA DE RETIRO DE DONACIONES DE LA USAID	13
Canales de adquisición y distribución de anticonceptivos	14
Precios y márgenes comerciales.....	15
ANÁLISIS DE PRECIOS	17
Desaduanaje y costos de importación de anticonceptivos.....	19
CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS.....	21
REFERENCIAS.....	23
ANEXO 1: LISTA DE CONTACTOS.....	25
ANEXO 2. SONDEO DE PRECIOS DE ANTICONCEPTIVOS.....	27
ANEXO 3. CUADRO COMPARATIVO DE PRECIOS EN BOGOTÁ, MEDELLÍN Y CALI	31
ANEXO 4. LISTA DE FARMACIAS VISITADAS	33
ANEXO 5. ANTICONCEPTIVOS QUE DISTRIBUYE PROFAMILIA.....	35
ANEXO 6. ANTICONCEPTIVOS QUE DISTRIBUYE LA FRANCOL	37
ANEXO 7. ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR IPC. 1998–2005	39
FIGURAS	
1. Actores clave entrevistados.....	2
2. Situación geográfica de Colombia	2
3. Tasa global de fecundidad (TGF). Colombia, 1995-2005	4
4. Tasa de embarazo de adolescentes. Colombia, 1990-2005	4

5. Edad mediana al primer nacimiento. Mujeres 25-49 años. Colombia, 1990-2005	5
6. Prevalencia en el uso de métodos-MUEF. Colombia, 1990-2005	5
7. Cambio en la combinación de métodos modernos. Colombia, 1990-2005	6
8. Fuente de suministro de métodos modernos. Colombia, 1990-2005	6
9. El sistema de salud en Colombia y las fuentes de financiamiento	8
10. Canales de adquisición y distribución en el contexto colombiano	14
11. Márgenes comerciales y canales de distribución. Sectores privado y público .	15
12. Precio de canasta de anticonceptivos. Productos seleccionados. 1999-2005...	18

TABLAS

1. Cuota moderadora por estrato social para el régimen contributivo	9
2. Lista de precios de anticonceptivos a precios constantes 2005. Marcas seleccionadas 1999–2005.....	17

CUADROS

1. Datos básicos de Colombia 2005	3
2. Porcentaje de personas afiliadas al SGSSS*	8

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AQV	anticoncepción quirúrgica voluntaria
ARS	aseguradora del régimen subsidiado
CIF	costo, flete y seguro (cost, insurance and freight)
COP	pesos colombianos
DAIA	disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos
DANE	departamento administrativo nacional de estadística
DELIVER	proyecto global de la USAID para mejorar la disponibilidad de insumos de salud, incluyendo anticonceptivos, manejado por John Snow, Inc.
DIU	dispositivo intrauterino
DSR	derechos sexuales y reproductivos
EPS	entidad promotora de salud
ETESA	empresa territorial para la salud
FDA	administración federal de drogas y alimentos (food and drug administration - USA)
FOB	libre a bordo (free on board)
GTZ	agencia alemana de cooperación técnica
IEC	información, educación y comunicación
INVIMA	instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos
IPC	índice de precios al consumidor
IPPF	international planned parenthood federation
IPS	institución prestadora de salud
ISS	instituto del seguro social
IVA	impuesto al valor agregado
JSI	John Snow, Inc
LAC	Latinoamérica y El Caribe
MPS	Ministerio de la Protección Social (Ministerio de Salud)
MUEF	mujeres unidas en edad fértil
OMS	organización mundial de la salud
ONG	organización no gubernamental
PAC	plan de atención complementaria
PATH	programa de tecnología apropiada para la salud
PF	planificación familiar
PIB	producto interno bruto
POS	plan obligatorio de salud
POSS	plan obligatorio de salud subsidiado
SGSSS	sistema general de salud y seguridad social
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida

SISBEN	sistema de selección de beneficiarios de programas sociales
SSR	salud sexual y reproductiva
TGF	tasa global de fecundidad
TLC	tratado de libre comercio
UNFPA	fondo de población de las naciones unidas
UPC	unidad de pago por capitación
USAID	United States agency for international development
VIH	virus de inmunodeficiencia humana

AGRADECIMIENTOS

Este informe sobre políticas, prácticas y lecciones aprendidas en la adquisición de anticonceptivos en Colombia, no se habría podido realizar sin la contribución y participación de algunas personas y entidades, tanto del sector público, como de mercadeo social y del sector privado. Especialmente expresamos nuestro agradecimiento al Dr. Lenis Urquijo y a la Dra. Luz Helena Monsalve, del Ministerio de la Protección Social; a la Dra. Liliana Schmitz, a la Dra. Catalina Uribe, al Dr. Jaime Buitrago y al Dr. Fernando Caipa, de Profamilia; a la Dra. Hilda Vargas de la Gobernación de Cundinamarca; así como a los integrantes de todas las instituciones que tomaron tiempo de sus ocupadas agendas para compartir la información que hizo posible este estudio.

Este informe está disponible en español y en inglés, y puede ser obtenido directamente de DELIVER y de la USAID, o a través del sitio web (www.deliver.jsi.com)

RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio, realizado por el proyecto DELIVER con financiamiento del fondo *Global Leadership* de la USAID, tiene como objetivo identificar lecciones aprendidas a raíz del retiro de las donaciones de insumos anticonceptivos por parte de la USAID. Además, este trabajo es parte del estudio regional sobre opciones de adquisiciones y precios de los anticonceptivos, que se llevó a cabo en distintos países de la región de América Latina y El Caribe, con el propósito de documentar una estrategia de adquisición de anticonceptivos para los países que aún reciben ayuda de la USAID, preparándolos para el eventual retiro de las donaciones y la asistencia técnica.

Colombia, al igual que otros países de la región como México, Brasil y Chile, ha enfrentado un proceso de retiro por parte de las agencias internacionales y de cooperación bilateral que tradicionalmente venían donando métodos anticonceptivos hasta la década pasada. Esto ha generado un nuevo panorama en cuanto a la adquisición y la dispensación de métodos anticonceptivos, producto del acomodo de los distintos actores involucrados para satisfacer la demanda, tanto en el sector público como en el privado.

En las últimas décadas, en Colombia, se ha logrado un avance notorio en materia de derechos sexuales y reproductivos y en la disminución de la TGF. El promedio de hijos por mujer ha venido bajando, situándose en 2.4 para el año 2005. Otro dato destacable es que se estima que el 100% de las mujeres conocen al menos un método anticonceptivo y el 78% de las mujeres que tienen una vida sexual activa usan uno de ellos. No obstante, también se han registrado algunas tendencias negativas, como por ejemplo la alta tasa de embarazos en adolescentes, que para el 2005 era de 20.5.

En Colombia ha habido un proceso de desregularización de precios de medicamentos en general, con lo cual algunos laboratorios locales han manifestado que sus precios de venta al público han llegado a disminuir hasta en un 40% en los últimos años. Los resultados de este estudio muestran que los precios de los medicamentos—incluyendo los anticonceptivos—tendieron inicialmente a subir mientras los actores trataban de acomodarse a las nuevas condiciones del mercado, para luego estabilizarse y bajar por las mismas leyes de oferta y demanda y por la creciente participación de las compañías farmacéuticas locales, que empiezan a introducir productos más económicos. Otro dato interesante es que en Colombia existe una gran fluctuación en los precios de los anticonceptivos, a nivel de marcas, de establecimientos y de ciudades.

Para la fabricación, adquisición, distribución y comercialización de medicamentos en Colombia incluyendo métodos anticonceptivos, se debe tener un registro sanitario. En el caso de los insumos importados, en Colombia su proceso puede demorar entre ocho y quince días para introducir una marca ya registrada en el mercado, previa negociación con el proveedor; y en todo caso no más de tres meses. Cuando se trata de un producto nuevo, el tiempo para sacar el registro puede ser de seis meses y la vigencia del mismo es de diez años.

En lo relativo a las fuentes de suministro, en el período de 1990 a 2005, la participación del Sector Público en la provisión de métodos modernos se ha incrementado significativamente, al pasar de una participación de 19% en 1990 a 38.7% en 2005, como consecuencia de diversos aspectos, principalmente la reforma en el sector salud en la década de los noventa.

Con las reformas impuestas durante la década de los noventa, se esperaba que para el año 2000 se hubiera dado cobertura en salud al 100 por ciento de la población colombiana. Sin embargo, la cobertura aún no es total, en parte porque los recursos no han sido suficientes para cubrir a toda la población vulnerable, y en parte por la

insuficiente creación de empleo formal, lo cual ha hecho que muchas personas no estén debidamente afiliadas al sistema de salud. Es así que para el año 2005, el 69 por ciento de la población total estaba cubierta o asegurada dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud. No obstante, se debe anotar que en los últimos cinco años la afiliación al Sistema tuvo un importante incremento de diez puntos porcentuales.

Uno de los principales avances en los últimos años es la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que recién se promulgó en 2003. Aunque aún es prematuro evaluar sus efectos en la PF, constituye un paso importante en el reconocimiento y fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población. Sus metas apuntan a la reducción del embarazo en adolescentes, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable y la cobertura de la demanda insatisfecha en planificación familiar.

En la actualidad, a través del Sistema de Seguridad Social se provee un método oral, el DIU, la vasectomía, anti-conceptivos de emergencia y la AQV femenina y masculina. Sin embargo, se ha venido discutiendo la necesidad de ampliar la oferta de anticonceptivos en general.

En cuanto a las percepciones de la estrategia de retiro de las donaciones, Profamilia, una organización no gubernamental (ONG) fue la organización que recibió el grueso de las donaciones por parte de la USAID y en el sector público, se recibieron donaciones y también asistencia técnica de diversas instituciones, principalmente del UNFPA.

En el caso de Profamilia, dicha institución se preparó para afrontar el proceso de reducción gradual de las donaciones mediante dos mecanismos principales: el **Matching Grant** y el **Transition Project, ambos financiados por la USAID**. El primero estaba enfocado a asistir a Profamilia en la expansión de los servicios de planificación familiar, y el segundo estaba enfocado en mejorar y ampliar el equipamiento de los centros de servicios y su remodelación. Una de las estrategias que adoptó Profamilia fue la de aumentar y diversificar los servicios que ofrecía, al mismo tiempo que tomaba medidas de choque para reducir y optimizar el número de centros disponibles, pero siempre enfocados en el mejoramiento del servicio.

En cuanto al sector público, éste no estaba preparado para hacer frente al término de las donaciones, principalmente porque no había una estrategia debidamente articulada para afrontar dicha situación, y porque para el período en que empezaron a disminuir las donaciones (1990–1995), el sector público estaba afrontando un proceso de reforma del sector salud que no le permitió una adecuada transferencia de habilidades en programación y compras de anticonceptivos a su recurso humano.

INTRODUCTION

A solicitud de la USAID/Washington, el proyecto DELIVER llevó a cabo este estudio (con financiamiento del fondo *Global Leadership*) para identificar lecciones aprendidas a raíz del retiro de las donaciones de insumos anticonceptivos por parte de la USAID. Además, este trabajo contribuyó al estudio regional sobre opciones de adquisiciones y precios de los anticonceptivos, incluyendo:

1. el análisis de la legislación nacional vigente;
2. la identificación de las políticas de adquisición de anticonceptivos y de los mecanismos utilizados en el sector público, el sector comercial y las ONG, así como los utilizados por los programas de mercadeo social;
3. el análisis de la estructura de precios de los anticonceptivos.

La información contenida en este informe contribuirá a la documentación de las lecciones aprendidas en el proceso de graduación de la ayuda externa para programas de planificación familiar y contribuirá a la documentación de una estrategia de adquisición de anticonceptivos para los países receptores de ayuda de la USAID, preparándolos para el eventual retiro de las donaciones y la asistencia técnica.

La información obtenida en cuanto a precios será comparada con los precios obtenidos en otros países latinoamericanos con el objeto de establecer las variaciones regionales existentes en los procesos de adquisición en cada uno de estos países, y también proporcionará información sobre el ámbito regional. La especificación de los precios se encuentra como anexo.

El informe comienza con una breve descripción de la metodología utilizada en el estudio. Luego, se proporcionan algunos antecedentes sobre el país, la economía, el estado de la salud de la población y una reseña general sobre el sistema de salud. La sección siguiente analiza las leyes y las regulaciones que rigen las adquisiciones de los métodos anticonceptivos en Colombia, incluyendo las percepciones de actores clave sobre el retiro de la USAID de Colombia a mediados de 1990. Después se desarrolla una sección sobre los precios de los métodos de planificación familiar en Colombia. El informe finaliza con una sección de conclusiones y lecciones aprendidas.

METODOLOGÍA

Tres metodologías diferentes fueron utilizadas en este estudio. En primer lugar se realizaron entrevistas semiestructuradas conducidas por un equipo de consultores de DELIVER con personas clave en los sectores público, comercial y de las ONG en Bogotá. Las lecciones aprendidas luego del retiro de la USAID fueron identificadas a partir de estas entrevistas y, como se señaló anteriormente, contribuirán al desarrollo de estrategias de adquisiciones de anticonceptivos para los países de América Latina. Los datos fueron recolectados durante los meses de octubre a diciembre de 2005.

En segundo lugar, y paralelamente a estas actividades, se visitaron 23 farmacias privadas de tres de las principales ciudades del país—Bogotá, Medellín y Cali—para recopilar información sobre precios de métodos anticonceptivos en el mercado privado.

En tercer lugar, se revisó documentación para complementar la información recopilada durante las entrevistas semiestructuradas. La figura 1 ilustra los actores clave y entrevistas realizadas para recolectar la información apropiada.

Tal como lo muestra la figura 1, los actores clave fueron la principal ONG Colombiana—PROFAMILIA—autoridades colombianas de salud pública (el Ministerio de la Protección Social, la Gobernación de Cundinamarca y la Secretaría de Salud de Cali) y representantes de algunos laboratorios privados con presencia en el tema de anti-conceptivos en Colombia (Schering, Wyeth y Lafranco). La lista de organizaciones contactadas se encuentra en el Anexo 1.

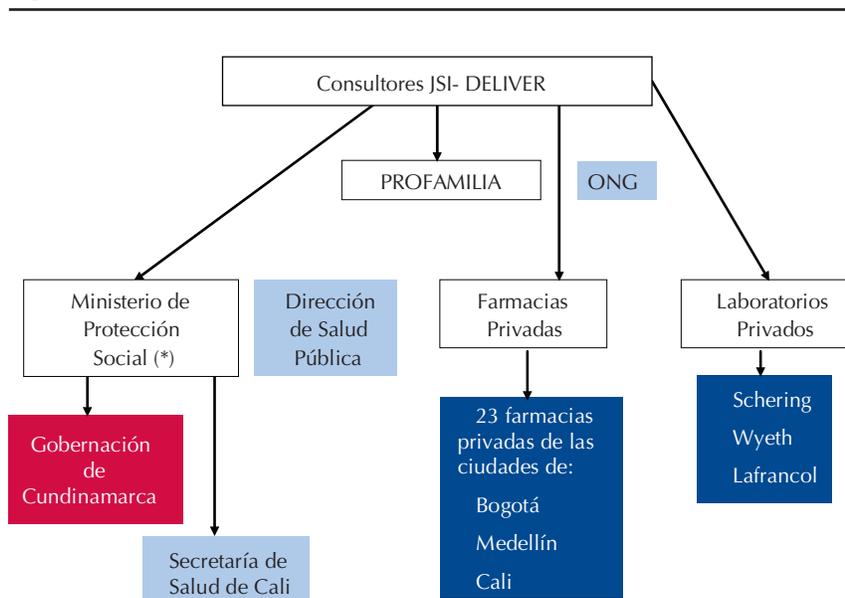
INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PAÍS

Colombia está situada en la parte norte de América del Sur. Es una república presidencial con 32 regiones administrativas y un distrito capital: Bogotá.

Para ubicar al lector en cuanto al contexto de la realidad colombiana, es importante mencionar la situación de algunos indicadores básicos del país.

Colombia, al igual que otros países de la región como México y Chile, ha enfrentado un proceso de retiro por parte de las agencias internacionales y de cooperación bilateral que tradicionalmente venían donando métodos anticonceptivos hasta la década pasada. Esto ha generado un nuevo panorama en cuanto a la adquisición y la dispensación de métodos anticonceptivos, producto del acomodo de los distintos actores involucrados para satisfacer la demanda. En el transcurso de dicho proceso se ha generado también un empoderamiento por parte del sector público que se ha adaptado al nuevo entorno caracterizado por los

Figura 1. Actores clave entrevistados



* Equivalente al Ministerio de Salud en otros países

Figura 2. Situación geográfica de Colombia



procesos de descentralización que han sido comunes en otros países de la región, aunque con resultados diversos, particularmente en el caso colombiano.

El objetivo de este estudio es documentar los mecanismos de adquisición y provisión de métodos anticonceptivos, así como mostrar los resultados sobre el precio de las marcas de anticonceptivos más comunes en las tres principales ciudades del país, con el objeto de tener una mejor idea de los precios locales y ponerlos en el contexto de los mercados regionales. Por último, y tal vez más importante, documentar las lecciones aprendidas a raíz de finalizar las donaciones en la década de los noventa.

En las últimas décadas, en Colombia se ha logrado un notorio avance en materia de derechos sexuales y reproductivos y en la disminución de la TGF. El promedio de hijos por mujer ha venido bajando, situándose en 2.4 para el año 2005. Se espera que esta tendencia se mantenga en los próximos años.

Otro dato destacable es que se estima que el 100% de las mujeres conocen al menos un método anticonceptivo y el 78% de las mujeres que tienen una vida sexual activa usa uno de ellos.

No obstante estos hechos positivos, también se han registrado algunas tendencias negativas, como por ejemplo, que el índice de embarazos no deseados en el país sigue siendo alto y la situación de embarazos en adolescentes es preocupante, como se trata más adelante en este informe.

Actualmente el mercado colombiano de métodos anticonceptivos hormonales es de aproximadamente 13.5 millones de unidades (mercado global, incluyendo ciclos orales e inyectables). Los principales laboratorios internacionales presentes en el país son Schering, Wyeth y Boehringer Ingelheim, mientras que los principales laboratorios locales son Lafrancol, Genfar y Chalver, entre otros. Schering, al igual que en la mayoría de los países incluidos en el estudio, es el líder con una participación aproximada de 59% del mercado. Tradicionalmente, y hasta la década pasada, existía en Colombia un mercado monopolizado de anticonceptivos en el sector privado, principalmente con Schering y Wyeth. Sin embargo, durante ese período los laboratorios farmacéuticos locales empezaron a incursionar con mayor fuerza en el tema de la anticoncepción y lanzaron una línea completa de anticonceptivos, ofreciendo productos de buena calidad y de más fácil acceso, debido a sus menores precios de venta.

Algunos laboratorios locales han manifestado que sus precios de venta al público han llegado a disminuir hasta en un 40% en los últimos años, producto del proceso de desregularización de precios que se llevó a cabo a principios de la década pasada. Aparentemente los precios de los medicamentos—incluyendo los anticonceptivos—tendieron inicialmente a subir para luego estabilizarse, y bajar en la medida que la autorregulación se ponía en práctica.

Legalmente los anticonceptivos hormonales sólo se pueden vender con receta, pero en la práctica la mayoría de las farmacias los venden sin que se tenga que cumplir con ese requisito. En los últimos años, se han instalado en el país varias cadenas grandes de farmacias internacionales, como Locatel (Venezuela), Farmacity (Argentina), Farma-

CUADRO I. DATOS BÁSICOS DE COLOMBIA 2005

Territorio (en miles de km ²)	1,139
Población total (en millones)	42.0
Población urbana (Porcentaje).....	72.5
Esperanza de vida al nacer (años).....	72.3
Gasto total en salud (como % del PIB).....	2.0
PIB PER CAPITA (EN U.S.\$ PPA)*	6,006
Tasa de cambio del dólar (NOV. 2005).....	2,270

Fuente: Base de datos Banco de la República
Departamento Administrativo Nacional de Estadística—DANE

*U.S.\$ PPA: término económico para comparar el nivel de vida entre distintos países, en términos del costo de vida en cada país.

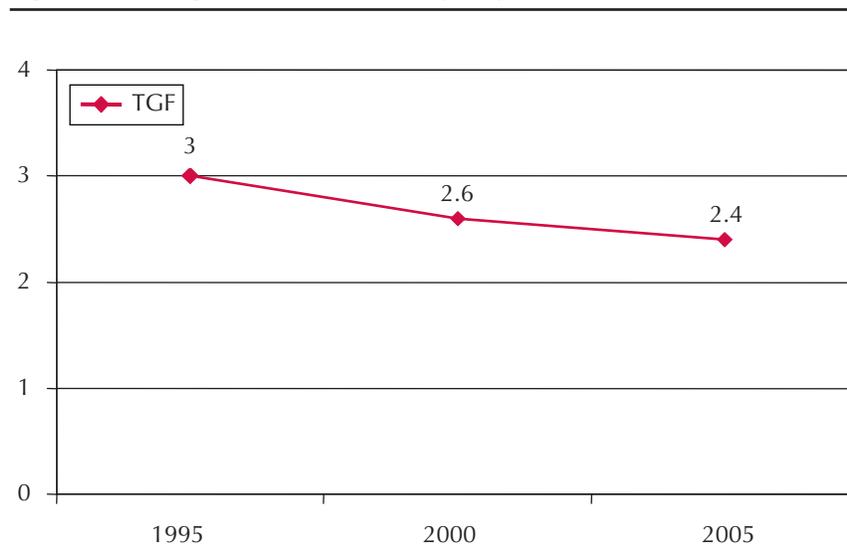
cias Similares (México) y Farmacias Ahumada (Chile). Esto debiera redundar en un aumento del nivel de competencia del mercado y eventualmente en precios más bajos.

En Colombia, la tasa global de fecundidad (TGF) ha venido decreciendo durante la última década, ya que para 1995 se tenía una TGF de 3, mientras que para 2005 era de 2.4.

No obstante que la tasa global de fecundidad ha venido decreciendo, se puede apreciar una tendencia preocupante en cuanto a la tasa de embarazos en adolescentes, pues dicho porcentaje se ha venido incrementando en los últimos años, pasando de 12.8 en 1990 a 20.5 en 2005. Esto significa que una de cada cinco adolescentes entre los 15 a 19 años ha estado embarazada. Como ya se mencionó, dicho indicador es bastante negativo, pues una elevada tasa de fecundidad en adolescentes está estrechamente relacionada con embarazos no deseados, abortos clandestinos, peligros para la salud (tanto de la madre como del hijo), y problemas de índole social y económico. Existen diversos factores que explican este incremento, entre ellos se encuentra el uso inadecuado de métodos de planificación familiar, no por falta de conocimiento, sino por falta de continuidad; otro motivo puede ser una deficiente IEC; barreras por parte del proveedor y las barreras de tipo económico a los métodos, especialmente por parte de la población adolescente.

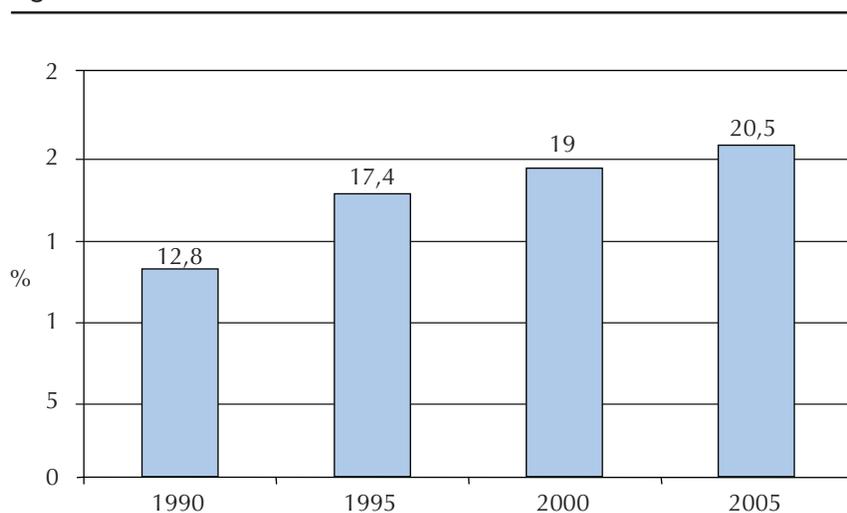
Un último factor que puede incidir en el incremento de embarazos en la población adolescente es el desplazamiento forzado debido al

Figura 3. Tasa global de fecundidad (TGF). Colombia, 1995-2005



Fuente: ENDS 1995-2005.

Figura 4. Tasa de embarazo de adolescentes. Colombia, 1990-2005



Fuente: ENDS 1990-2005

conflicto interno que hace difícil el seguimiento a las poblaciones vulnerables y el aseguramiento de la continuidad de uso de los métodos.

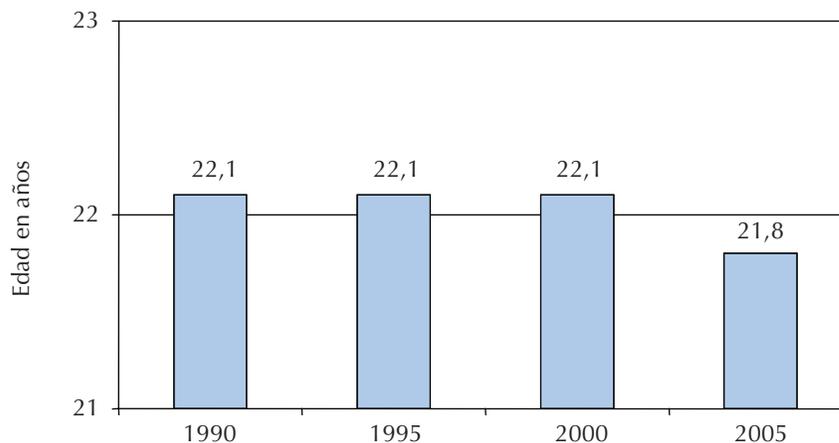
En cuanto a la edad de las mujeres durante el nacimiento de su primer hijo, se aprecia que dicho indicador ha permanecido bastante estable durante los últimos años, pues la mediana de la edad se mantuvo constante en 22.1 años hasta el 2000 y solamente en 2005 ha presentado un leve decrecimiento a 21.8 años.

La prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil, había presentado un importante incremento hasta el año 2000. Aunque en la actualidad es uno de los índices de prevalencia más altos de América Latina (e incluso en los países industrializados), se aprecia cierto estancamiento en dicho índice, pues en el último quinquenio solamente creció un punto porcentual, de 77% en 2000 a 78% en 2005.

En cuanto al uso de métodos modernos, se pueden apreciar varios cambios en el período 1990-2005. Por una parte se ve que el uso de la píldora ha disminuido de 26% en 1990 a 14% en 2005; igual sucede con el uso del DIU, al pasar de 23% a 16%. El uso de los inyectables ha incrementado, de un 4% en 1990 a un 9% en 2005, al igual que el uso del condón que ha pasado del 5% al 10%. Por último, se aprecia que el método más utilizado durante todo el período es la esterilización femenina, que en la actualidad corresponde al 46% de las usuarias de métodos modernos.

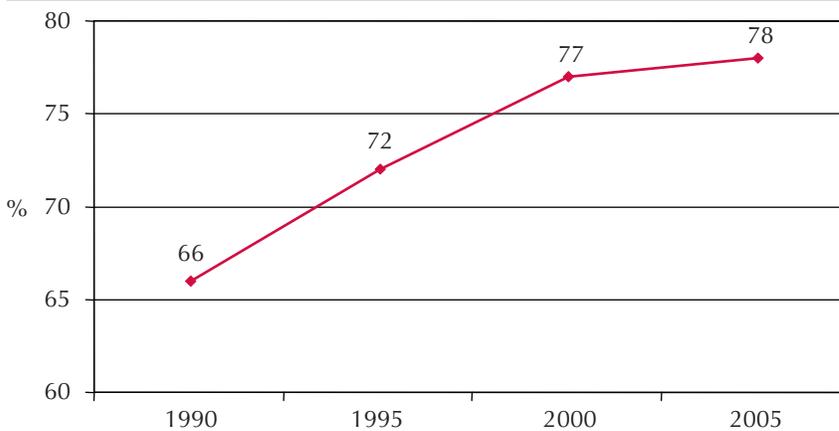
En lo relativo a las fuentes de suministro, se aprecia como en el

Figura 5. Edad mediana al primer nacimiento. Mujeres 25-49 años. Colombia, 1990-2005



Fuente: ENDS 1990-2005

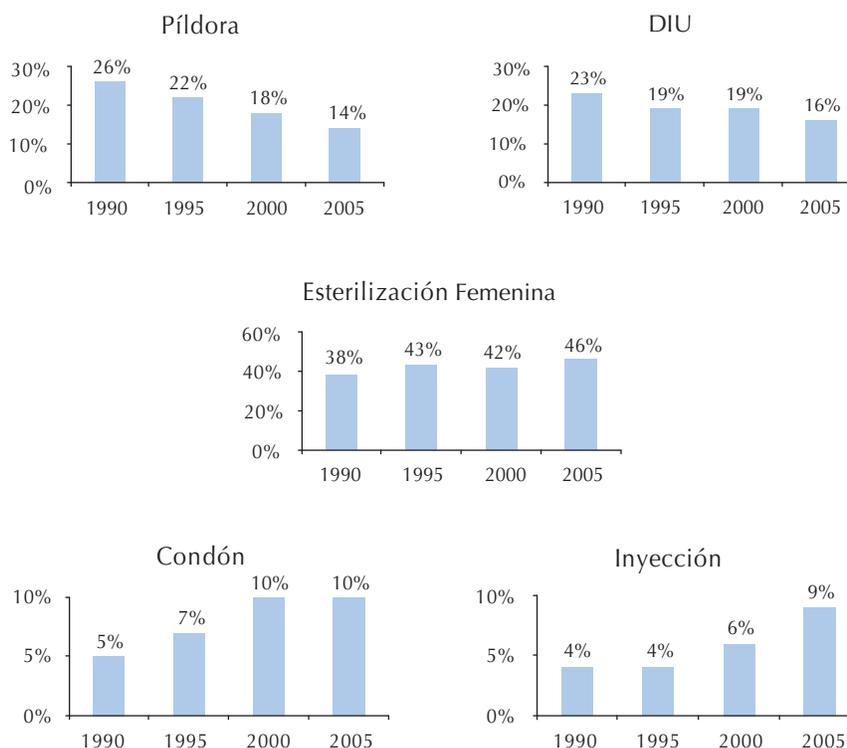
Figura 6. Prevalencia en el uso de métodos-MUEF. Colombia, 1990-2005



Fuente: ENDS 1990-2005

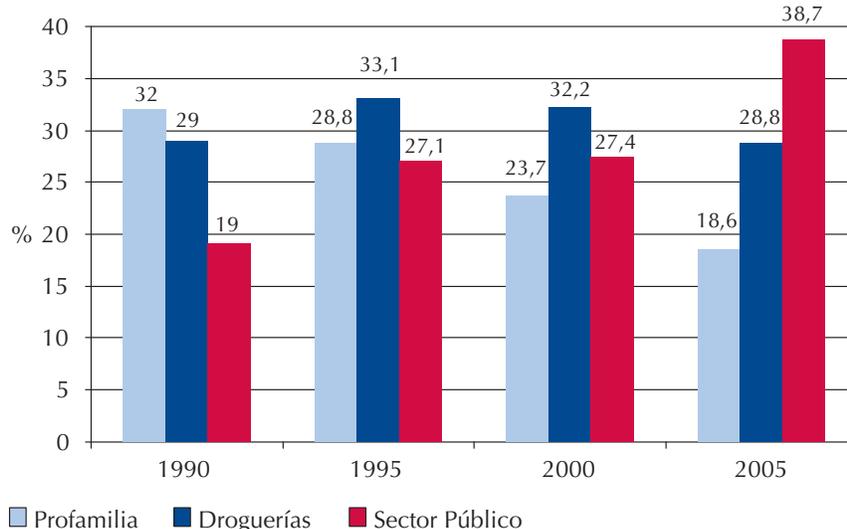
período de 1990 a 2005, la participación del sector público en la provisión de métodos modernos se ha incrementado significativamente, al pasar de 19% en 1990 a 38.7% en 2005; mientras que la participación de Profamilia ha decrecido, al pasar del 32% al 18.6%. El aumento de la participación del sector público se debe a la reforma en el sector salud en la década de los noventa, en la cual se empezó a contemplar la provisión de métodos anticonceptivos a sus usuarios así como un empoderamiento en las funciones de planificación familiar. Cabe anotar que Profamilia es un importante proveedor de métodos anticonceptivos a través de droguerías y farmacias privadas, lo cual no se capta a través de las encuestas.

Figura 7. Cambio en la combinación de métodos modernos. Colombia, 1990-2005



Fuente: Cálculos equipo DELIVER con base en ENDS 1990-2005

Figura 8. Fuente de suministro de métodos modernos. Colombia, 1990-2005



Fuente: ENDS años 1990, 1995, 2000, 2005

EL SISTEMA DE SALUD EN BREVE

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) posee dos regímenes: Contributivo y Subsidiado.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Las personas que tienen capacidad de pago se deben afiliar al régimen contributivo mediante el pago de una cotización o aporte económico mensual, el cual puede ser financiado directamente por los afiliados (trabajadores independientes) o conjuntamente entre éstos y sus empleadores (trabajadores dependientes).

Los afiliados al sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de un contrato de trabajo, los trabajadores del sector público, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes que no tengan un vínculo laboral reglamentario con ningún patrono y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a un salario mínimo mensual legal (COP 408,000 que corresponden aproximadamente a U.S.\$179).

El régimen contributivo se financia con los aportes de empleadores, empleados y personas independientes afiliadas al sistema. Los aportes para este régimen son del 12% del salario base, de los cuales el empleador aporta el 8% mensual y el empleado aporta el 4%. En el caso de los trabajadores independientes, éstos aportan un 12% de sus ingresos mensuales.

RÉGIMEN SUBSIDIADO

Los afiliados al sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Por lo tanto, estas personas se aseguran mediante el pago de una cuota subsidiada con recursos fiscales. Dentro de este régimen se le da especial importancia a la población más pobre y vulnerable del país, como por ejemplo a las mujeres en estado de embarazo y a los niños menores de cinco años, a la población con limitaciones físicas o síquicas, madres cabeza de familia y a las personas mayores de 65 años.

El régimen subsidiado se financia en parte con el uno por ciento de los aportes del régimen contributivo, al igual que con otras fuentes reglamentadas en la ley. Las leyes que regulan este financiamiento son principalmente la ley 60 de 1993, la ley 100 de 1993, el decreto 1664 de 1994 y la ley 715 de 2001. Dichas legislaciones contemplan la transferencia de recursos hacia los entes territoriales y de aquí se destinan los recursos para la salud a los municipios. Dentro de las fuentes de recursos para la salud se encuentran los impuestos que se cobran a los licores y el cigarrillo, y los recursos que destina la Empresa Territorial para la Salud (ETESA), que obtiene dichos recursos de los impuestos que se cobran a las loterías, rifas y juegos.

Con las reformas impuestas durante la década de los noventa, se esperaba que para el año 2000 ambos regímenes (contributivo y subsidiado) hubieran dado cobertura en salud al 100 por ciento de la población colombiana. Sin embargo, la cobertura aún no es total, en parte porque los recursos no han sido suficientes para cubrir a toda la población vulnerable, y en parte por la insuficiente creación de empleo formal, lo cual ha hecho que muchas personas no estén debidamente afiliadas al sistema.

Hacia el año 2000, sólo el 59 por ciento de la población total estaba cubierta o asegurada dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud. No obstante, en los últimos cinco años la afiliación al sistema se incrementó en diez puntos porcentuales, pasando del 59 por ciento al 69 por ciento.

El Sistema de Salud existente en Colombia hasta 1993, se caracterizó por ser centralizado. El proceso de descentralización del sector público de la salud se inició con el Decreto 77 de 1987 y la Ley 10 de 1990; y posteriormente con la Ley 60 de 1993. Finalmente, se articuló con la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud de diciembre de 1993, con la aprobación de la ley 100. Estos procesos están fundamentados y enmarcados en la Constitución Política de Colombia de 1991.

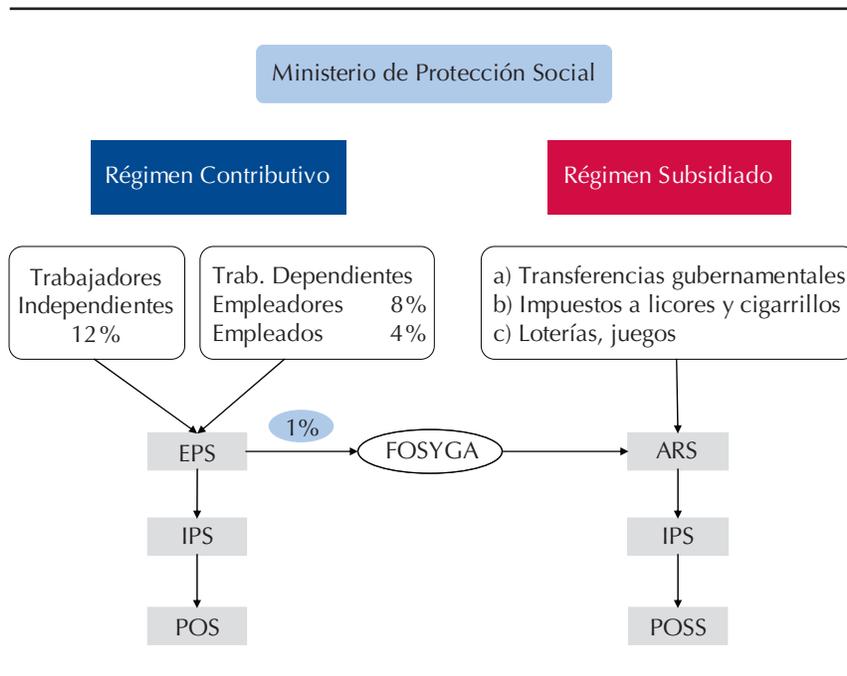
Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Aseguradoras del Régimen Subsidiado (ARS), administradoras de los regímenes contributivo y subsidiado respectivamente, deben ofrecer a los afiliados al Sistema General de Salud y Seguridad Social (SGSSS) un plan integral de protección de la salud denominado POS (Plan Obligatorio de Salud), que incluya servicios asistenciales en condiciones básicas de calidad. Este plan también incluye servicios de salud sexual y reproductiva.

Las EPS y ARS que pueden ser tanto públicas como privadas, tienen a su cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que son las clínicas, hospitales o centros de salud que prestan los servicios; por cada persona afiliada, las EPS y ARS reciben una Unidad de Pago por Capitación (UPC).

En Colombia, los afiliados al POS, a través de una EPS, deben pagar una cuota moderadora para acceder a la atención médica básica, incluyendo la atención en planificación familiar. Esta cuota moderadora varía según el nivel de ingreso del afiliado, como se presenta en la siguiente tabla:

Con respecto a este punto, es interesante señalar que el pago de dichas cuotas moderadoras para el acceso a la atención médica constituye un importante mecanismo de segmentación del mercado, pues al preguntar por el precio de venta al público de los anticonceptivos en una farmacia del POS, se supo que el precio del Microgynon (oral) es de COP15,000 (U.S.\$6.60).

Figura 9. El sistema de salud en Colombia y las fuentes de financiamiento



CUADRO 2. PORCENTAJE DE PERSONAS AFILIADAS AL SGSSS*

ISS:	6.4%
EPS:	28.4%
ARS:	29.8%
OTROS:	3.5%
NO AFILIADOS:	31.0%

*SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

Fuente: Entrevista a la Dra. Hilda Vargas, Jefe Programa SSR Gobernación de Cundinamarca

TABLA I. CUOTA MODERADORA POR ESTRATO SOCIAL PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO	NIVEL DE INGRESO MENSUAL POR PERSONA (COP)	NIVEL DE INGRESO MENSUAL POR PERSONA (U.S.\$)	VALOR CUOTA MODERADORA
1-2	\$408,000–\$816,000	U.S.\$180–U.S.\$359	COP 1,500 (U.S.\$ 0.66)
3-4	\$816,000–\$2,040,000	U.S.\$359–U.S.\$899	COP 5,900 (U.S.\$ 2.60)
5-6	\$2,040,000 o más	U.S.\$899 o más	COP 15,500 (U.S.\$ 6.83)

Fuente: E.P.S. Sanitas

Lo anterior es muy interesante pues quiere decir que para una persona de estratos altos es más favorable acudir directamente a una farmacia a comprar un anticonceptivo, que ir a través del POS, ya que le sale más barato comprarlo en la farmacia que pagar su cuota moderadora en el POS para que se le entregue el anticonceptivo.

El sistema de adquisición público es descentralizado y el proveedor se elige a través de un Registro Único de Proponentes aprobados por el MPS (este proceso se explica con más detalle en la siguiente sección). Los principales proveedores para el sector público son Schering, Wyeth y los laboratorios locales como Lafrancol y Chalver, además de Profamilia, que proveen al sector público mediante productos institucionales. Los anticonceptivos son parte de la canasta familiar, por lo tanto no pagan IVA, que para la mayoría de los bienes en Colombia es del 16%.

En cuanto a la adquisición de métodos anticonceptivos en el sector público, ésta se rige por la Ley 80 de 1993 de Contratación Pública. La adquisición de métodos se hace de forma descentralizada, lo que quiere decir que tanto las gobernaciones, como las secretarías municipales de salud y los hospitales públicos, son autónomos para hacer dichas adquisiciones, y no dependen de la aprobación del Ministerio de la Protección Social para hacer sus compras. Las empresas o personas naturales que aspiren a celebrar contratos de suministro de insumos médicos, incluyendo anticonceptivos, deben estar clasificadas y calificadas previamente por el MPS, para lo cual se califica el grado de cumplimiento que dicha empresa tenga con contratos anteriores, su experiencia, capacidad técnica y administrativa y su disponibilidad para proveer las cantidades de insumos necesarias. También es importante señalar que las entidades pertenecientes al sector salud en Colombia pueden contratar directamente con las empresas precalificadas por el MPS, y no tienen que hacer una licitación pública para comprar los insumos médicos. En el caso de los hospitales públicos, su gerente es el encargado de hacer las adquisiciones de medicamentos, incluyendo anticonceptivos, siguiendo el reglamento interno que la junta directiva de cada hospital debe señalar.

Los hospitales públicos han pasado de ser prestadores de servicios, a ser Empresas Sociales del Estado. Bajo este esquema, los ingresos de los hospitales provienen principalmente de:

1. 70% de ingresos de subsidio a la oferta: régimen subsidiado (ARS). Generan una factura que reembolsa el Estado (Departamento). Para cada servicio se genera una factura que se pasa al Estado y éste la reembolsa.
2. 20% de subsidio a la demanda: régimen contributivo: personas afiliadas a la EPS, son personas con capacidad de pago, en este caso la EPS paga al hospital por la atención de sus afiliados.
3. 10% por la prestación de servicios, como hospitalización o consultas a particulares.

Los hospitales son autónomos para comprar los anticonceptivos, aunque las Secretarías Municipales también contribuyen con los hospitales, adquiriendo anticonceptivos para su distribución. Para hacer sus compras, los hospitales tienen una lista de oferentes que es previamente aprobada por el Ministerio de la Protección Social. Para hacer las adquisiciones simplemente se revisa la ficha técnica de los productos de los oferentes, pues ya están previamente calificados y han sido certificados por el instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos (INVIMA).

LEYES, REGLAMENTOS Y REGULACIONES EN LA ADQUISICIÓN DE ANTICONCEPTIVOS

Uno de los principales avances en los últimos años es la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que recién se promulgó en 2003. Aunque aún es prematuro evaluar sus efectos sobre la planificación familiar (PF), constituye un paso importante en el reconocimiento y fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población.

La política nacional de salud sexual y reproductiva (SSR) tiene su base en lo planteado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) que, a su vez incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, dicha política considera la relación entre SSR, derechos sexuales y reproductivos (DSR) y desarrollo, y precisa los temas prioritarios de dicha política como maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los adolescentes y VIH/SIDA.

Dentro de los objetivos de la política nacional de salud sexual y reproductiva están la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con la ampliación de la cobertura del SGSSS, con el fortalecimiento de la red de servicios, con la implementación de acciones de vigilancia y control a la gestión y epidemiología, con el impulso al Sistema de Información en Salud (SIIS), con la promoción de la investigación para la toma de decisiones y con la vinculación de diferentes actores sectoriales y de la sociedad civil para el logro de las metas propuestas. Las metas, por su parte, apuntan a la reducción del embarazo en adolescentes, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable y la cobertura de la demanda insatisfecha en planificación familiar.

Los principios que orientan la política son la concepción de los DSR como derechos humanos, la equidad social y de género, el empoderamiento de las mujeres y la calificación de la demanda, la focalización y la calidad para la prestación de los servicios.

En 1990, no existían en Colombia oficialmente políticas explícitas sobre población y planificación familiar. No obstante, el MPS ha facilitado el acceso a los métodos de planificación familiar en sus hospitales y centros de salud y se ha permitido la práctica privada de la planificación familiar. Asimismo, durante esos años, Profamilia cubría el 65% de la planificación familiar en Colombia.

En la actualidad, a través del POS contributivo y subsidiado se provee un método oral, el DIU, la vasectomía, anticonceptivos de emergencia y la AQV. Sin embargo, se ha venido discutiendo la necesidad de ampliar la oferta de anticonceptivos en general.

Para determinar la cantidad de anticonceptivos por adquirir se utiliza el perfil epidemiológico Departamental y Municipal, se hace un proceso de justificación y se realizan proyecciones en el Plan Operativo Anual Departamental. Usualmente se hacen entre enero y marzo de cada año, pero se piensa hacer una modificación para presentarlo en diciembre.

El presupuesto para hacer compras de anticonceptivos no está protegido y cada año hay que justificarlo. Dependiendo de la disponibilidad de los recursos se hacen las compras ya que no hay un paquete mínimo garantizado.

Una de las principales inquietudes en Colombia respecto a los medicamentos, está relacionada con el tratado de libre comercio. No obstante, en opinión de los actores involucrados, dicho tratado no tendría mayor incidencia en los anticonceptivos, pues casi todos son desarrollados a partir de moléculas que han sido usadas por largo tiempo, y en muchas ocasiones la OMS está involucrada, por lo que casi no hay patentes en cuanto a anticonceptivos.

Las personas naturales o jurídicas que importen o fabriquen productos farmacéuticos están reguladas y controladas por el INVIMA (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos), creado mediante la Ley 100 de 1993 artículo 245, que inició actividades el 2 de febrero de 1995. Sus objetivos son ejecutar las políticas formuladas por el Ministerio de la Protección Social en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de los productos y actuar como institución de referencia nacional y promover el desarrollo científico y tecnológico del sector.

COLOMBIA Y EL TRATADO DE LIBRE COMERCIO (TLC)

El tema de discusión del sector farmacéutico trata los derechos de propiedad intelectual de los laboratorios multinacionales y nacionales, y la severidad de las leyes nacionales y mundiales que los protegen. Hay un claro conflicto entre el interés por brindar medicamentos de bajo costo con moléculas genéricas y los derechos y patentes de las compañías que desarrollaron los medicamentos. El principal problema en el caso de Colombia (y tal vez de todos los países de la región) es el acceso a medicamentos de bajos precios que permitan una mayor cobertura de la población, especialmente la de menores ingresos.

Las propuestas de Estados Unidos en materia de patentes, que puedan afectar en forma significativa la disponibilidad o precio de medicamentos, parecen difíciles de aceptar para los países andinos, de los cuales Colombia forma parte junto con Ecuador y Perú. No obstante se debe observar que en cuanto a cambios a mediano plazo (apertura de mercado, impacto del TLC), actualmente no se esperan cambios drásticos en los precios de anticonceptivos, porque en el caso específico de anticonceptivos no hay patentes o hay una sola empresa productora a nivel local.

La Industria Farmacéutica es altamente dependiente de la importación de sus insumos, por lo que es vulnerable a las variaciones de la tasa de cambio. El sector vio contraer considerablemente su demanda con la crisis económica vivida en años recientes. Esto ha obligado a impulsar las exportaciones y a concentrarse en la elaboración de aquellos productos que generan mayor valor agregado. Es así como algunas empresas colombianas ya están exportando anticonceptivos principalmente a mercados de los países andinos y a mercados de Centroamérica.

En Colombia, el mercado farmacéutico ha aumentado en volumen y disminuido en valor debido al sistema de seguridad social y la competencia de precios, pues no existe una regulación para éstos; es decir, si el laboratorio decide realizar grandes descuentos y bajar los precios, ninguna norma se lo impide, lo que ocasiona un malestar económico dentro de los mismos, pues en ocasiones se pueden encontrar productos en el mercado por debajo de su precio de lista.

PERCEPCIONES DE LA ESTRATEGIA DE RETIRO DE DONACIONES DE LA USAID

En cuanto a las percepciones de la estrategia de retiro de la USAID, se consultaron diversas opiniones, principalmente de Profamilia, que fue la organización que recibió el grueso de las donaciones por parte de la USAID y también se consultaron opiniones de actores clave del sector público, quienes recibieron donaciones y también asistencia técnica, principalmente del UNFPA.

Desde su fundación en 1965, Profamilia tuvo presente que eventualmente tendría que independizarse de la ayuda externa para ser autosostenible. En esta organización se tenía claro que la ayuda no iba a ser indefinida, por tal motivo se prepararon para afrontar el proceso de reducción gradual de donaciones, teniendo claro que el hecho de ser una ONG y no contar con fondos del tesoro público los obligaba a generar los ingresos necesarios para su funcionamiento en el mediano y largo plazo.

Durante el proceso de reducción gradual de donaciones, Profamilia contó con dos mecanismos principales: el **Matching Grant** y el **Transition Project, ambos con fondos de la USAID**. El primero estaba enfocado en asistir a Profamilia en la expansión de los servicios de planificación familiar y en capacitar al personal en cuanto a su función social como proveedor de servicios. En cuanto al Transition Project, éste se concentró en el equipamiento para los centros de servicios y en su remodelación.

Una de las estrategias que adoptó Profamilia fue la de aumentar y diversificar los servicios que ofrecían, es así como pasan de servicios solo de PF a servicios de SSR, incluyendo PF. En 1985, Profamilia tenía 46 centros; con el plan de reducción de donaciones que comenzó a implementarse en 1990, tomaron medidas de choque y redujeron paulatinamente el número de centros disponibles, hasta llegar a los 34 centros que poseen en la actualidad con el fin de garantizar su sostenibilidad. No obstante, el hecho de que redujeran su número de centros no implicó que desmejoraran la calidad en sus servicios, sino que por el contrario, se hizo un gran esfuerzo para diversificar dichos servicios, mejorando su calidad. Igualmente comenzaron a asumir su papel en cuanto a las importaciones de los métodos anticonceptivos que distribuían, haciendo las importaciones y en ciertos casos comercializándolos con sus propias marcas (como es el caso de los condones Profamilia); todo lo anterior estuvo enmarcado dentro de una estrategia de fortalecimiento del mercadeo de dichos productos.

El sector público no estaba preparado para hacer frente al término de las donaciones, principalmente por dos razones: la primera, que no había una estrategia debidamente articulada para afrontar el término de las donaciones, y la segunda, que para el período en que empezaron a disminuir las donaciones (1990–1995), el sector público estaba afrontando un proceso de reforma de salud e introducción de la Ley 100 que no le permitió transferir habilidades en programación y compras de anticonceptivos a los establecimientos de salud, y no había una capacidad financiera para asumir las compras de manera adecuada. Los principales donantes para el sector público en la época en que se recibían donaciones de anticonceptivos eran el UNFPA, la USAID a través de Engender Health y GTZ, la agencia alemana de cooperación internacional. Eran donaciones muy importantes en cuanto a que cubrían la mayor parte de los anticonceptivos que se distribuían. De igual manera brindaban asistencia técnica significativa.

En cuanto a la distribución, los insumos se entregaban al Ministerio de Salud (ahora Ministerio de la Protección Social) y éste los entregaba directamente a los departamentos y hospitales. Las previsiones de compra se hacían de acuerdo a una línea de base que consideraba la población que se iba a beneficiar. Las mismas agencias donantes eran quienes elaboraban dicha línea de base, en discusiones con el Ministerio.

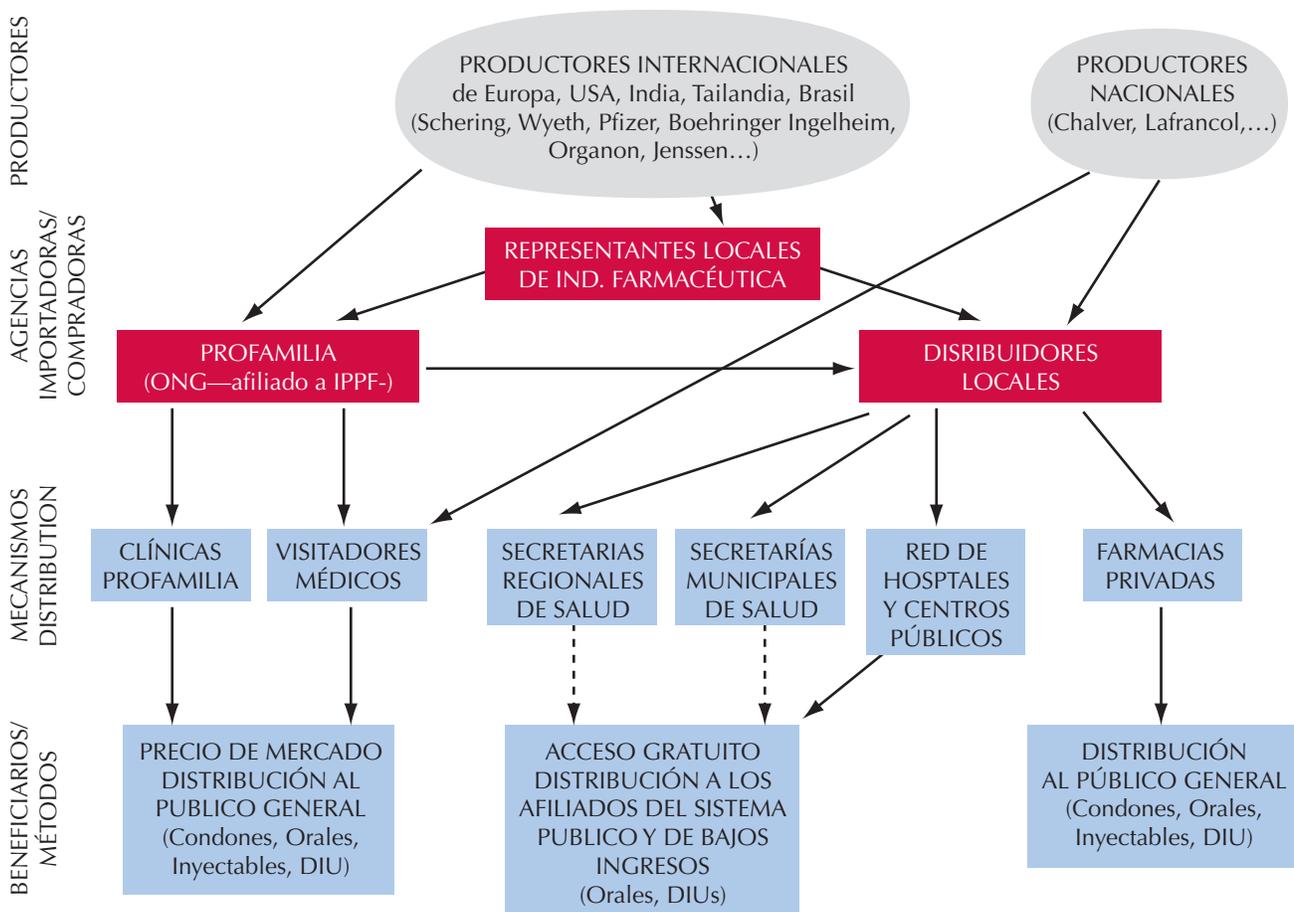
No hubo un plan estratégico para enfrentar el cese de las donaciones. Dicho plan estratégico fue indispensable según varios actores entrevistados, ya que al momento del término de las donaciones y de la asesoría técnica, se evidenció una gran falencia, especialmente a nivel de recursos humanos que no estaban suficientemente capacitados para el empoderamiento adecuado del proceso de adquisición de anticonceptivos.

Hubo negociaciones con el sector privado y las ONG para implementar actividades de transición, por ejemplo con Profamilia, en cuanto a temas de capacitación y de sensibilización.

CANALES DE ADQUISICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS

Hasta 1995, el UNFPA y la USAID fueron los principales donantes de anticonceptivos en Colombia, pero desde hace más de diez años, el sector público y la ONG Profamilia son los responsables de la obtención, distribución y provisión de los métodos anticonceptivos para la población. La figura 10 ilustra los canales de adquisición y distribución utilizados en Colombia, así como los principales actores involucrados en este campo.

Figura 10. Canales de adquisición y distribución en el contexto colombiano



Fuente: DELIVER basado en entrevistas con actores clave

Como se puede ver en la figura anterior, en Colombia existen productores de laboratorios tanto locales como internacionales, e igualmente se importan anticonceptivos de otros países, principalmente de Estados Unidos, India, Tailandia y Brasil. La distribución de los anticonceptivos que no se producen en Colombia se hace a través de representantes locales de la industria farmacéutica, y los laboratorios que tienen producción local hacen su distribución a través de distribuidores locales. Profamilia juega un importante papel en este sector pues en algunos casos importa directamente los anticonceptivos que distribuye o es representante local de algunos de ellos. En el sector público, al ser descentralizado, cada secretaría regional o municipal, así como la red de hospitales públicos es autónoma para adquirir los métodos anticonceptivos que distribuyen, a través de distribuidores locales que son previamente calificados y autorizados por el Ministerio de la Protección Social.

PRECIOS Y MÁRGENES COMERCIALES

En el ámbito general, los márgenes que se manejan en el sector farmacéutico son de 30% entre el laboratorio farmacéutico y el distribuidor mayorista, de 10–12% entre el distribuidor y la farmacia y de 15–25% entre la farmacia y el consumidor final, dando como resultado una sobretasa del 45–47% para el consumidor final.

Para la fabricación, adquisición, distribución y comercialización de medicamentos en Colombia incluyendo métodos anticonceptivos, se debe tener un registro sanitario. En el caso de los insumos importados, su proceso puede demorar entre 8 y 15 días para introducir una marca ya registrada en el mercado, previa negociación con el proveedor; y en todo caso no más de tres meses.

No obstante, para registrar un anticonceptivo, se deben seguir varios pasos y dicho proceso puede demorar más de un año.

Los pasos para registrar un producto son:

- Negociación con el proveedor.
- Obtención de documentos para realizar el registro sanitario, proceso que tarda alrededor de seis meses.
- Entrega del registro sanitario, lo cual tarda entre seis meses y un año después de presentar los documentos ante el INVIMA.

A pesar de que el proceso es dispendioso y que se pide documentación bastante general, tiene la ventaja de ser transparente, con pasos bien definidos, sin que se presenten problemas por trabas o demoras una vez que se tienen los documentos requeridos. Actualmente el INVIMA exige que los productos que se introducen en el país tengan un certificado de la FDA de Estados Unidos o su equivalente europeo. En caso de que dicho producto no tenga esas certificaciones, los funcionarios del INVIMA van directamente al país de origen del producto para verificar sus prácticas

Figura 11. Márgenes comerciales y canales de distribución. Sectores privado y público

CANAL SECTOR PRIVADO



CANAL SECTOR PÚBLICO



MÁRGENES COMERCIALES



de buena manufactura. Este proceso garantiza la calidad de los mismos y de hecho dicho mecanismo es un referente internacional para asegurar la calidad en otros países.

Para vender insumos anticonceptivos en el mercado local, se debe solicitar registro sanitario en el INVIMA. El tiempo de demora del registro para un producto nuevo puede ser de seis meses y para la renovación del mismo, de tres meses. La vigencia del registro es de diez años.

ANÁLISIS DE PRECIOS

En Colombia, un hecho bastante importante fue la liberación de precios de medicamentos ocurrida mediante la Circular del 10 de diciembre de 1998, expedida por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos. Mediante dicha circular se aprobó:

- El régimen de libertad de precios a los medicamentos a partir del primero de enero de 1999.
- Se estableció que los medicamentos de exclusividad terapéutica, entendiéndose como tal aquellos medicamentos que tienen tres o menos laboratorios farmacéuticos que los producen, estarían bajo el régimen de Control Directo fijándose un incremento máximo para 1999 del 14%.
- Los laboratorios farmacéuticos deben enviar la lista de precios de venta de sus productos cada dos meses al Ministerio de Desarrollo Económico para llevar a cabo un monitoreo y en el caso de que los estudios encuentren excesivas alzas en los precios, se tomen las decisiones pertinentes.

Debido a lo anterior, se consideró de interés para este estudio hacer un seguimiento de los precios de anticonceptivos desde 1999 hasta el 2005, para ver cómo dicha política afectó los precios de los anticonceptivos y así analizar si dichos precios tendieron a regularse por la ley de oferta y demanda (como lo pretendía originalmente la norma), o si dicha liberación desembocó en una tendencia alcista.

Para realizar dicho análisis se consideró un rango seleccionado de marcas de anticonceptivos, las cuales se tuvieron en cuenta atendiendo a diversos criterios, como lo es la disponibilidad de registros de precios desde el año 1999, que sean marcas con una importante participación en el mercado y que además sean marcas que se comercialicen en otros países con el fin de poder hacer posteriores comparaciones de precios dentro de los países de la región. Las marcas escogidas para el análisis fueron Cyclofem, Depo Provera, Diane 35, Mesigyna, Microgynon y Perlutal. En cuanto al anticonceptivo Yasmin, aunque recién salió al mercado en 2003, se incluye en la tabla 2 porque se muestra cómo ha sido su enorme variación en el precio de mercado, el cual inicialmente casi se duplicó en el año 2004, pero después disminuyó en el 2005. La posible razón es la entrada de competencia para este producto por parte de laboratorios locales a más bajo precio, como es el caso de Lafrancol con su producto Yax.

La lista de precios de anticonceptivos para los seis productos seleccionados se puede ver en la siguiente tabla:

**TABLA 2. LISTA DE PRECIOS DE ANTICONCEPTIVOS A PRECIOS CONSTANTES 2005.
MARCAS SELECCIONADAS 1999–2005**

	1999		2001		2002		2003		2004		2005 (1)	
	Pesos	U.S.\$										
DIANE-35 (Oral)	\$23,275	\$10.25	\$27,530	\$12.13	\$29,909	\$13.18	\$32,239	\$14.20	\$46,681	\$20.56	\$31,633	\$13.94
MICROGYNON (Oral)	\$4,217	\$1.86	\$4,488	\$1.98	\$5,477	\$2.41	\$6,700	\$2.95	\$6,172	\$2.72	\$8,297	\$3.66
YASMIN (Oral)	\$0	\$0.00	\$0	\$0.00	\$0	\$0.00	\$34,340	\$15.13	\$61,354	\$27.03	\$40,238	\$17.73
CYCLOFEM (Iny. Mensual)	\$9,824	\$4.33	\$11,574	\$5.10	\$8,449	\$3.72	\$13,511	\$5.95	\$13,981	\$6.16	\$12,420	\$5.47

MESIGYNA (Iny. Mensual)	\$11,766	\$5.18	\$13,478	\$5.94	\$14,623	\$6.44	\$15,757	\$6.94	\$13,858	\$6.10	\$14,924	\$6.57
PERLUTAL (Iny. Mensual)	\$9,421	\$4.15	\$10,921	\$4.81	\$11,199	\$4.93	\$12,967	\$5.71	\$10,251	\$4.52	\$11,642	\$5.13
DEPO PROVERA (Iny. Trimestral)	\$6,374	\$2.81	\$6,295	\$2.77	\$6,711	\$2.96	\$6,510	\$2.87	\$6,535	\$2.88	\$6,100	\$2.69
PRECIO CANASTA ANTICONC. (2)	\$64,877	\$28.58	\$74,286	\$32.73	\$76,368	\$33.64	\$122,024	\$53.76	\$158,832	\$69.97	\$125,254	\$55.18

Fuente: Revista Farmaprecios 1999-2005

1) Sondeo precios DELIVER

2) Canasta de anticonceptivos: precio total de los anticonceptivos seleccionados (excluyendo Yasmin, pues no se dispone de datos anteriores a 2003 para esta marca)

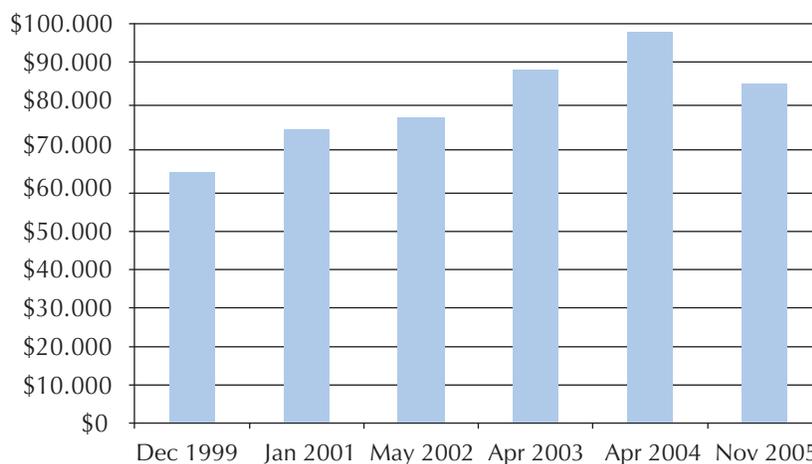
En la tabla anterior se muestran los precios de los anticonceptivos a precios constantes de noviembre de 2005. Para esto se extrajeron los precios históricos de los anticonceptivos y se deflactaron de acuerdo al Índice de Precios al Consumidor (IPC) para el período 1998–2005. La tabla con dicho Índice se puede encontrar en el Anexo 7.

Debido a la gran variedad de precios de anticonceptivos en el mercado colombiano, para el sondeo de precios en farmacias sólo se tuvo en cuenta los anticonceptivos más conocidos o utilizados en el medio. El listado de precios en farmacias se realizó en las tres principales ciudades del país, es decir Bogotá, Medellín y Cali. Dicho listado, con el sondeo de precios, se presenta en el anexo 2.

Como se puede observar en el anexo 2, en Colombia existe una gran fluctuación en los precios de los anticonceptivos debido a la libertad de precios que existe en el sistema, a diferencia de otros países en donde los precios al público están regulados, como es el caso de Ecuador, donde los precios son mucho más uniformes. Incluso entre ciudades se presentan diferencias en los precios. En términos generales se puede apreciar que los precios más altos de anticonceptivos están en Bogotá. Esto puede estar relacionado con el índice del costo de vida que es más alto en Bogotá que en otras ciudades. Los precios intermedios se encuentran en la ciudad de Medellín, mientras que los precios más bajos se encuentran en la ciudad de Cali. Una razón

para esto puede ser que en esta última ciudad está localizada una gran parte de la industria farmacéutica y muchos de los laboratorios, tanto locales como internacionales, tienen sus plantas de producción en dicha ciudad, lo que puede reflejarse en menores costos logísticos para las empresas. Un cuadro comparativo de los precios promedio encontrados en Bogotá, Medellín y Cali para productos seleccionados se encuentra en el anexo 3.

Figura 12. Precio de canasta de anticonceptivos. Productos seleccionados. 1999-2005



■ Canasta de anticonceptivos

Fuente : Revista Farmaprecios 1999-2005. Tabulaciones equipo DELIVER.

DESADUANAJE Y COSTOS DE IMPORTACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS

Los siguientes criterios se utilizan para determinar los cargos de desaduanaje y los costos de importación:

- Zona Euro: el arancel es del 10% + 1% de tramitación.
- México o Brasil: el arancel es del 0%.
- Argentina: el arancel es del 10%.
- G4 (Colombia, México, Venezuela, Panamá): 0%.
- Pacto andino (Colombia, Ecuador, Bolivia, Perú): 0%
- Otras fuentes: 10% para insumos.

El ingreso de la mercancía demora de dos a tres días en aduana si llega por vía aérea; si la mercancía llega por vía marítima, el ingreso demora de cuatro a cinco días. Los anticonceptivos no pasan por una inspección en el puerto; se hace un control automático aleatorio, en el cual se oprime un botón en una máquina; si sale luz verde no se hace el control, si sale luz roja se hace el control.

Los costos operativos de desaduanaje alcanzan los \$400,000 y \$500,000 (U.S.\$176–U.S.\$220) por contenedor de 20 pies. Si se pasan de cinco días en puerto, se empieza a cobrar almacenaje. Los condones están exentos de arancel e IVA, independientemente de su procedencia. Para los otros insumos se cobra arancel dependiendo del lugar de origen, pero no IVA.

El porcentaje de pago al agente aduanero varía entre el 0.35 y el 1% del valor de la mercancía de acuerdo a su precio CIF (con factura de llegada o con la declaración de importación). Traer un contenedor desde Cartagena a Bogotá cuesta \$2,000,000 (U.S.\$881) si es liviano (20 pies) o \$3,500,000 (U.S.\$1,541) si es pesado (40 pies)

CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Los principales donantes en la época en que en Colombia se recibían donaciones de anticonceptivos eran el UNFPA, la USAID, y GTZ, quienes cubrían la mayor parte de los anticonceptivos que se distribuían. La cooperación técnica era también de gran importancia.

En cuanto a la evolución de la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción desde el término de las donaciones, la situación se ha deteriorado desde el punto de vista operativo en el sector público. En cuanto a la prevalencia, como se indicó anteriormente, los indicadores entre el año 2000 y el 2005 han tenido un incremento modesto, después de una década de incremento importante en dicho índice.

Para el término de las donaciones, en el sector público no hubo un plan estratégico como tal para enfrentar la situación. Dicho plan estratégico hubiese sido indispensable según varios actores entrevistados, pues al momento del término de las donaciones y de la asesoría técnica, se evidenció una gran falencia, especialmente a nivel de los recursos humanos que no estaban suficientemente capacitados para el empoderamiento adecuado en el proceso de adquisición de anticonceptivos.

Hubo negociaciones con el sector privado o las ONG para asegurar el abastecimiento durante el período de transición, por ejemplo con Profamilia en cuanto a temas de capacitación y de sensibilización.

Una importante lección aprendida en el caso de Profamilia, es el hecho que desde su fundación, siempre tuvieron presente que su objetivo era ser autosostenible y que debía eliminar su dependencia de los donantes. Este hecho es de gran importancia, no sólo porque evidenciaba una voluntad política interna con el objetivo de lograr su autosostenibilidad, sino porque fue la base para crear toda una estrategia financiera, organizacional y comercial que les permitiera alcanzar sus objetivos.

En cuanto al sector público, éste no estaba preparado para hacer frente al término de las donaciones, pues no había una capacidad financiera ni técnica para asumir las compras de manera adecuada. El proceso de reducción gradual de donaciones para el sector público se dio en un momento en que se estaba reformando el sector salud y no contó con una estrategia que permitiera al programa de PF hacer una transición efectiva de todas las responsabilidades logísticas, principalmente la de estimaciones de necesidades y adquisiciones, hacia los municipios y establecimientos de salud. Se necesitan estrategias que permitan una mejor accesibilidad a los métodos anticonceptivos, principalmente en las poblaciones más vulnerables, como son las poblaciones de menores ingresos, los desplazados y los adolescentes. El Ministerio de la Protección Social debería trabajar conjuntamente con el Ministerio de Educación, por ejemplo, fortaleciendo la formación de los maestros en cuanto a la enseñanza de los deberes y derechos en SSR y también en las distintas opciones que tiene la población para acceder a los diferentes programas, pues muchas veces éstos existen, pero la población no tiene esa información. En los colegios se deberían impulsar charlas informativas sobre temas de salud sexual, apropiadas a la edad de los estudiantes.

En el sector público existe una alta rotación de personal, tanto médico como administrativo, lo cual disminuye el impacto de los programas de capacitación. Se deben buscar fórmulas que garanticen la capacitación continua del personal y disminuyan los efectos negativos de su alta rotación.

El proceso de descentralización ha aumentado la cobertura, agilizando el proceso de adquisiciones y contrataciones, ya que antes de la descentralización era ineficiente el uso de recursos, pues la burocracia en el nivel central dilataba mucho los procesos de adquisiciones. Sin embargo, se considera que la descentralización de las compras

ha tenido un efecto negativo en el sistema de adquisiciones, principalmente porque se pierden las ventajas de las economías de escala que se generan cuando se hacen compras por volumen, que son posibles cuando se hacen adquisiciones centralizadas. Otro problema detectado es que el sistema de información es deficiente, ya que no hay una información consolidada entre el departamento, el municipio y los hospitales y centros de salud, por lo cual no existen registros confiables de cuántos usuarios y qué usuarios están atendiendo el sistema, lo cual hace que el impacto se pierda, pues se aumenta la cobertura pero se duplican los esfuerzos y los recursos. Un solo usuario puede venir registrado tanto por el departamento como por el municipio, lo que lleva a pensar que son dos usuarios, pero en realidad es uno solo, ya que no hay sistemas integrados de información que pongan en evidencia el error.

Como acierto se puede calificar el hecho de que los anticonceptivos en Colombia no paguen IVA, pues esto evidencia un compromiso y una voluntad política por parte del gobierno, que se convierte en una herramienta que facilita el acceso de métodos principalmente para los sectores más necesitados.

En cuanto a la libertad de precios, si bien es cierto que en los primeros años éstos tendieron al alza después de su liberación, se ha apreciado que posteriormente ha habido una curva de inflexión y que dichos precios han tendido a la baja, con lo cual se ha cumplido uno de los objetivos de dicha liberación, que es que el mercado regule sus precios por la libre oferta y demanda, lo cual ha favorecido al consumidor final en la compra de anticonceptivos, particularmente a partir del año 2004.

REFERENCIAS

- Ojeda, Gabriel, Myriam Ordóñez y Luis Hernando Ochoa. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2005. Profamilia. Bogotá, Colombia.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2000. Profamilia. Bogotá, Colombia.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 1995. Profamilia. Bogotá, Colombia.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 1990. Profamilia. Bogotá, Colombia.
- Luis Gonzalo Morales Sanchez. El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia. Naciones Unidas. 1997
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. Índice de Precios al Consumidor IPC, Índice- Serie de Empalme. 1990–2005
- Ministerio de la Protección Social. Política Farmacéutica Nacional. 2004. Bogotá, Colombia
- Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2003. Bogotá, Colombia
- Revista FarmaPrecios. 1999. THOMPSON PLM, Número 43, Diciembre. Bogotá, Colombia.
- , 2001. THOMPSON PLM, Número 50, Enero. Bogotá, Colombia.
- , 2002. THOMPSON PLM, Número 60, Mayo. Bogotá, Colombia.
- , 2003. THOMPSON PLM, Número 66, Marzo. Bogotá, Colombia.
- , 2004. THOMPSON PLM, Número 73, Marzo. Bogotá, Colombia.
- , 2005. THOMPSON PLM, Número 79, Enero. Bogotá, Colombia.
- Acuerdo 228 de 2002. Manual de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud
- Constitución Política de Colombia 1991
- Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud
- Ley 60 de 1993. Sobre distribución de recursos de la Nación
- Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral
- Ley 80 de 1993. Ley de Contratación Pública

ANEXO I: LISTA DE CONTACTOS

No	CONTACTO	INSTITUCIÓN	POSICIÓN	TELÉFONO	EMAIL
1	LENIS URQUIJO	MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	DIRECTOR SALUD PÚBLICA	336-5066	
2	DARIO MEJIA	CONSULTOR INDEPENDIENTE		214-4878, 621-7887, 315 333-2007	
3	ILEANA BACA	USAID COLOMBIA	IDP PROJECT MANAGER	423-6880	ibaca@usaid.gov
4	CATALINA URIBE DE BEODOUT	PROFAMILIA	GERENTE NACIONAL MERCADEO DE PRODUCTOS	339-0937, 339-0900 EXT 145	curibe@profamilia.org.co
5	ARTURO CAIPA GALINDO	PROFAMILIA	DIRECTOR NACIONAL VENTA DE PRODUCTOS	339-0900 EXT 241	acaipa@profamilia.org.co
6	JESUS PLATA GOMEZ	SCHERING	DIRECTOR EN SALUD FEMENINA	364-9292 EXT 104	Jesus.plata@schering.com.co
7	ALIRIO MANTILLA ALVAREZ	SCHERING	GERENTE DE SEGMENTO CONTROL FERTILIDAD ORALES	364-9292 EXT 164/292 315 318-0793	Alirio.mantilla@schering.com.co
8	JOHN MANUEL RUIZ R.MD	SCHERING	GERENTE DE PRODUCTOS CONTROL FERTILIDAD INYECTABLES Y OTROS GINECOLÓGICOS	364-9292, 315 330-6720	John.ruiz@schering.com.co
9	BLANCA HIRMA PACHON LOPEZ	AVIATUR- ADUANAS AVIA LTDA	GERENTE	422-1000, 413-1788	Blanca.pachon@aviacarga.com.co
10	EVELYN VILLA	AVIATUR- ADUANAS AVIA LTDA	EJECUTIVA DE CUENTA	422-1000, 413-1788 315 827-7585	Evelyn.villa@aviacarga.com.co
11	JUAN CARLOS CADENA	EPSIFARMA	ENCARGADO DE COMPRAS	578-2000, 570-2121, 573-2453, 573-2553, 573-3260	
12	CARLOS A JOYA MAURICIO MENDOZA	LABORATORIOS WYETH		600-2300 EXT 2317 600-2300 EXT 2324	
13	MANUEL CAMILO CAMACHO	LABORATORIOS LAFRANCOL	GERENTE UNIDAD DE NEGOCIO	622-0466 EXT 146/156	camilocamacho@lafrancol.com
14	HILDA VARGAS	GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA.	JEFE PROGRAMA SSR CUNDINAMARCA	426-1835	
15	MARLIO PERDOMO CLAUDIA LOZANO	ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS	DIRECTOR	312-4411, 316 235-3545	
16	JAIME VACA	MÉDICOS SIN FRONTERAS	DIRECTOR DE LOGÍSTICA	232-3774	
17	CARLOS ENRIQUE CARDENAS RENDÓN	COSESAM- CORPORACIÓN COLOMBIANA DE SECRETARIAS MUNICIPALES DE SALUD-MEDELLÍN	DIRECTOR	232-4775, 336-5066	cosesam@cable.net.co
18	MARTIN SUACHICA	SECRETARÍA DE SALUD DE CALI	DIRECTOR PROGRAMA SSR CALI	558-7686 (CALI)	
19	JULIO CESAR ALDANA	INVIMA	DIRECTOR	294-8700	

ANEXO 2. SONDEO DE PRECIOS DE ANTICONCEPTIVOS

SONDEO DE PRECIOS DE ANTICONCEPTIVOS: BOGOTÁ

PRODUCTO	FARMACIA									PRECIO PROMEDIO	
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	PESOS	DÓLARES (U.S.)
ORALES											
BELARA						\$36,500		\$37,200	\$36,500	\$36,733	\$16.18
DIANE 35		\$32,800			\$34,900		\$34,900	\$36,000		\$34,650	\$15.26
MELIANE LIGHT	\$41,000	\$42,000		\$32,300	\$39,800					\$38,775	\$17.08
MICROFEMIN			\$8,700		\$9,000					\$8,850	\$3.89
MICROGYNON		\$9,600	\$9,300	\$9,700	\$10,000			\$15,000		\$10,720	\$4.72
MIRAVELLE			\$8,500							\$8,500	\$3.74
ORTHO NOVUM		\$16,000		\$15,700						\$15,850	\$6.98
POSTINOR (AE)		\$18,900				\$17,900		\$18,900		\$18,567	\$8.17
TRICLOMEX	\$25,000		\$24,600							\$24,800	\$10.92
YASMIN	\$42,000	\$43,200		\$42,400	\$43,000					\$42,650	\$18.78
CONDONES											
COND. PIEL	\$1,667			\$2,000			\$1,667	\$1,667		\$1,750	\$0.77
COND. SANAMED DUO	\$2,333	\$2,100		\$2,167	\$2,133	\$2,167		\$2,100		\$2,167	\$0.95
COND. TODAY	\$2,167	\$2,333	\$2,333	\$2,267	\$2,267		\$2,333		\$2,167	\$2,267	\$0.99
COND. UNISEX		\$2,333	\$2,133		\$2,400		\$2,400	\$2,400		\$2,333	\$1.02
INYECTABLES MENSUALES											
CYCLOFEM	\$13,100			\$12,900		\$12,900		\$13,500		\$13,100	\$5.77
MESIGYNA		\$15,600	\$14,800				\$15,600			\$15,333	\$6.75
INYECTABLES TRIMESTRALES											
DEPO PROVERA				\$6,100						\$6,100	\$2.68

SONDEO DE PRECIOS DE ANTICONCEPTIVOS: MEDELLÍN

PRODUCTO	FARMACIA							PRECIO PROMEDIO	
	21	22	23	24	25	26	27	PESOS	DÓLARES (U.S.)
ORALES									
BELARA	\$5,800	\$34,100			\$35,800		\$5,800	\$35,375	\$15.58
CICLOMEX	\$6,100							\$16,100	\$7.09
CILEST			\$29,900					\$29,900	\$13.17
DIANE 35	\$28,500	\$28,500	\$34,200	\$2,800		\$9,500		\$30,700	\$13.52
FACETIX	\$19,450	\$21,400						\$20,425	\$9.00
FEMELLE		\$28,000						\$28,000	\$12.33
FEMIANE			\$35,900					\$35,900	\$15.81
MELIANE LIGHT			\$38,900					\$38,900	\$17.14
MICROGYNON	\$6,800	\$6,850	\$7,600			\$8,300		\$7,388	\$3.25
MINESSE			\$39,600					\$39,600	\$17.44
MINULET		\$32,750						\$32,750	\$14.43
NOFERTIL	\$10,400	\$10,550						\$10,475	\$4.61
NORAL	\$10,350							\$10,350	\$4.56
NORDETTE			\$7,700					\$7,700	\$3.39
POSTINOR (AE)		\$17,900						\$17,900	\$7.89
YASMIN	\$37,500	\$38,400	\$40,500		\$39,800		\$39,500	\$39,140	\$17.24
CONDONES									
COND. PIEL		\$767				\$933		\$850	\$0.37
COND. SANAMED DUO	\$1,033	\$1,700	\$1,333		\$1,700	\$2,000		\$1,553	\$0.68
COND.TODAY	\$1,800	\$1,917	\$1,500	\$1,800		\$1,500	\$1,917	\$1,739	\$0.77
COND. UNISEX		\$1,500		\$2,000	\$1,500		\$1,700	\$1,675	\$0.74
INYECTABLES MENSUALES									
CYCLOFEM	\$11,550	\$12,650	\$12,000		\$12,700		\$2,650	\$12,310	\$5.42
MESIGYNA	\$14,800	\$14,700	\$15,600	\$4,800	\$14,900			\$14,960	\$6.59
PERLUTAL	\$11,700		\$11,600					\$11,650	\$5.13
PARCHES									
EVRA			\$46,400					\$46,400	\$20.44

SONDEO DE PRECIOS DE ANTICONCEPTIVOS: CALI

PRODUCTO	FARMACIA							PRECIO PROMEDIO	
	31	32	33	34	35	36	37	PESOS	DÓLARES (U.S.)
ORALES									
BELARA	\$35,800		\$34,700	\$34,200		\$34,700		\$34,850	\$15.35
DIANE 35		\$29,800	\$27,700	\$28,900		\$31,800		\$29,550	\$13.02
MICROGYNON			\$6,800			\$6,700	\$6,850	\$6,783	\$2.99
NOFERTIL		\$10,600	\$10,200		\$9,900			\$10,233	\$4.51
POSTINOR (AE)		\$17,000				\$17,600		\$17,300	\$7.62
YASMIN	\$39,800		\$37,500	\$38,600			\$39,800	\$38,925	\$17.15
CONDONES									
COND. PIEL		\$933	\$833	\$833			\$867	\$867	\$0.38
COND. SANAMED DUO	\$1,333	\$1,400			\$1,600			\$1,444	\$0.64
COND.TODAY	\$1,900		\$1,500	\$1,800		\$1,500		\$1,675	\$0.74
COND. UNISEX	\$1,933	\$2,000	\$1,500		\$1,700		\$1,733	\$1,773	\$0.78
INYECTABLES MENSUALES									
CYCLOFEM		\$12,200	\$11,800		\$11,500		\$11,900	\$11,850	\$5.22
MESIGYNA	\$14,700	\$14,800		\$13,900	\$14,200		\$14,800	\$14,480	\$6.38
PERLUTAL	\$11,700			\$11,500	\$11,700			\$11,633	\$5.12

ANEXO 3. CUADRO COMPARATIVO DE PRECIOS EN BOGOTÁ, MEDELLÍN Y CALI

PRODUCTOS SELECCIONADOS (PRECIOS EN DÓLARES)

PRODUCTO	PRECIO PROMEDIO (DÓLARES)		
	BOGOTÁ	MEDELLÍN	CALI
ORALES			
BELARA	\$16.18	\$15.58	\$15.35
DIANE 35	\$15.26	\$13.52	\$13.02
MICROGYNON	\$4.72	\$3.25	\$2.99
YASMIN	\$18.78	\$17.24	\$17.15
CONDONES			
COND. PIEL	\$0.77	\$0.37	\$0.38
COND. TODAY	\$0.99	\$0.77	\$0.74
INYECTABLES MENSUALES			
CYCLOFEM	\$5.77	\$5.42	\$5.22
MESIGYNA	\$6.75	\$6.59	\$6.38

ANEXO 4. LISTA DE FARMACIAS

No.	FARMACIA	CIUDAD
11	NUEVO SIGLO	BOGOTÁ
12	ELECTRA	BOGOTÁ
13	MARIN	BOGOTÁ
14	ACAPULCO	BOGOTÁ
15	ACUNA	BOGOTÁ
16	ROSAS	BOGOTÁ
17	SANTA INES	BOGOTÁ
18	PASTEUR	BOGOTÁ
19	OLIMPICA	BOGOTÁ
21	BUENOS AIRES	MEDELLÍN
22	LA REBAJA	MEDELLÍN
23	HIPERDROGUERIA	MEDELLÍN
24	DROGAS LA 48	MEDELLÍN
25	LAS GALAXIAS	MEDELLÍN
26	MAOSS	MEDELLÍN
27	DROGUERIA LA 90	MEDELLÍN
31	SAN ANDRES	CALI
32	CAMILA	CALI
33	LA PROMOCION	CALI
34	PROSPERIDAD	CALI
35	FARMACIA NUEVA	CALI
36	SANTA CRUZ	CALI
37	MAXI DROGAS	CALI

ANEXO 5. ANTICONCEPTIVOS QUE DISTRIBUYE PROFAMILIA

PROFAMILIA-ONG

Los productos anticonceptivos que distribuye profamilia y sus márgenes son los siguientes:

MARCA	TIPO	PRECIO MAYORISTA		PRECIO MINORISTA	
		PESOS	DÓLARES (U.S.)	PESOS	DÓLARES (U.S.)
POSTINOR 2	Antic. Emergencia	\$ 15,300	\$ 6.74	\$ 17,136	\$ 7.55
MARVELON	Oral	\$ 15,000	\$ 6.61	\$ 16,800	\$ 7.40
MICROFEMIN	Oral (institucional)	\$ 6,000	\$ 2.64	\$ 4,500	\$ 1.98
BELARA	Oral 21	\$ 33,700	\$ 14.85	\$ 37,744	\$ 16.63
CICLOFEM	Inyectable mensual	\$ 10,700	\$ 4.71	\$ 11,984	\$ 5.28
DEPO PROVERA	Inyectable trimestral			\$ 6,600	\$ 2.91
CONFIAMOR (1)	Condón	\$ 2,000	\$ 0.88	\$ 2,240	\$ 0.99
PIEL (1)	Condón	\$ 2,600	\$ 1.15	\$ 2,912	\$ 1.28
PROFAMILIA	Condón	\$ 250	\$ 0.11	\$ 280	\$ 0.12
T 380	DIU	\$ 5,000	\$ 2.20	\$ 5,600	\$ 2.47

1) Precio por tres unidades

El margen mínimo de intermediación para un producto puesto en Bogotá y distribuido por Profamilia es de 25%.

Los gastos de transporte (gastos promedio para distribución de productos desde Bogotá a cualquier región del país) es de 3%. Dicho porcentaje puede variar con relación al volumen.

ANEXO 6. ANTICONCEPTIVOS QUE DISTRIBUYE LAFRANCOL

LAFRANCOL: LABORATORIO LOCAL

Marca	Composición	Tipo	Precio a distribuidor		Precio al público	
			PESOS	DÓLARES	PESOS	DÓLARES
Posthay	Levonorgestrel .75	Antic emergencia	\$ 12,100	\$ 5.33	\$ 13,800	\$ 6.08
Nofertil	Valerato estardiol 5mg + enantato noretisterona. Ampolla 1ml con jeringa	Inyectable	\$ 8,800	\$ 3.88	\$ 10,000	\$ 4.41
Synovular	Acetofenido de algestona 150 mg+ enantato estradiol 10 mg. Amp 1ml	Inyectable	\$ 6,500	\$ 2.86	\$ 7,500	\$ 3.30
Minipil	Etinilestradiol 20 mcg + levonorgestrel 100 mcg	Oral 21	\$ 12,000	\$ 5.29	\$ 13,700	\$ 6.04
Yax	Etinilestradiol 30 mcg drospirenona 3 ml	Oral 21	\$ 25,500	\$ 11.23	\$ 29,000	\$ 12.78

ANEXO 7. ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR IPC. 1998–2005

COLOMBIA, ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR (IPC)

Índices - Serie de empalme 1998–2005

Base Diciembre de 1998 = 100.00

Mes	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Enero	87.2242	102.2100	110.64	120.04	128.89	138.42	146.98	154.97
Febrero	90.0891	103.9400	113.19	122.31	130.51	139.96	148.75	156.55
Marzo	92.4328	104.9200	115.12	124.12	131.43	141.42	150.21	157.76
Abril	95.1174	105.7400	116.27	125.54	132.63	143.04	150.90	158.45
Mayo	96.6037	106.2500	116.88	126.07	133.43	143.74	151.47	159.10
Junio	97.7832	106.5500	116.85	126.12	134.00	143.67	152.38	159.74
Julio	98.2508	106.8800	116.81	126.26	134.03	143.46	152.34	159.81
Agosto	98.2826	107.4100	117.18	126.59	134.16	143.90	152.38	159.82
Septiembre	98.5677	107.7600	117.68	127.06	134.64	144.22	152.83	160.50
Octubre	98.9194	108.1400	117.86	127.29	135.39	144.31	152.82	160.87
Noviembre	99.0949	108.6600	118.24	127.44	136.45	144.81	153.24	161.05
Diciembre	100.0000	109.2300	118.79	127.87	136.81	145.69	153.70	

Fuente: DANE-IPC

Para mayor información, por favor visite www.deliver.jsi.com.

DELIVER

John Snow, Inc.

1616 North Ft. Myer Drive, 11th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Phone: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480
www.deliver.jsi.com