



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DELIVER

ESTUDIOS DE CASO: LA DISPONIBILIDAD ASEGURADA DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS EN INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL, EN CINCO PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

AVANCES PARA MEJORAR EL ACCESO A SERVICIOS E INSUMOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENERO 2008

Esta publicación fue elaborada para consideración de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La publicación fue elaborada por el USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1.

ESTUDIOS DE CASO: LA DISPONIBILIDAD ASEGURADA DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS EN INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL, EN CINCO PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

**AVANCES PARA MEJORAR EL ACCESO A
SERVICIOS E INSUMOS DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR**

USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1

La Orden de Trabajo 1 de USAID | PROYECTO DELIVER es financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo el contrato número GPO-I-01-06-00007-00, a partir del 29 de septiembre de 2006. La Orden de Trabajo 1 es implementada por John Snow, Inc., en colaboración con PATH, Crown Agents Consultancy, Inc., Abt Associates, Fuel Logistics Group (Pty) Ltd., UPS Supply Chain Solutions, Family Health International, el Manoff Group, y 3i Infotech. El proyecto mejora las cadenas de abastecimiento de los productos e insumos esenciales de salud a través del fortalecimiento de los sistemas de información para la administración logística; el alineamiento de los sistemas de distribución; la identificación de recursos financieros para adquisiciones y para el funcionamiento de la cadena de abastecimiento; y el mejoramiento de los pronósticos y la planificación de adquisiciones. El proyecto también alienta a legisladores y donantes a apoyar la logística como factor crítico del éxito general de sus mandatos en el área de salud.

Cita Recomendada

Sánchez, Anabella, Wendy B. Abramson, y Nora Quesada. Estudios de caso: la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en institutos de seguridad social en cinco países de América Latina: Avances en el acceso a servicios e insumos de planificación familiar. 2008. Arlington, V.a.: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1.

Resumen

En este documento se examinan los modelos que han implementado los institutos de seguridad social de cinco países en América Latina: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, y México, quienes han desarrollado intervenciones y políticas para avanzar en la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. También se incluyó el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), por los logros que ha mantenido después de graduarse en la ayuda de donantes hace aproximadamente diez años. La recopilación de casos se realizó con el propósito de diseminar las intervenciones encaminadas a mejorar la cobertura de los servicios de planificación familiar (PF) de los institutos de seguridad social. Un elemento central que ha contribuido a implementar los diferentes modelos es el liderazgo y compromiso del personal de los institutos, conscientes de la importancia y beneficios de la PF para la población adscrita y la población en general. La cobertura de los institutos de seguridad social para los empleados del sector formal es muy importante para aliviar el peso financiero de los ministerios de salud en cuanto a la provisión de servicios de planificación familiar a la población adscrita al instituto de seguridad social. En conjunto, los estudios de caso confirman que la cobertura de servicios de planificación familiar para las afiliadas y beneficiarias adscritas al régimen de seguridad social a la fecha, ha sido modesta, con excepción de México. Sin embargo, se espera que los institutos continúen esforzándose para brindar un acceso pleno a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar a la población derechohabiente.

USAID | PROYECTO DELIVER

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

CONTENIDO

CONTENIDO	iii
SIGLAS.....	vi
AGRADECIMIENTOS	vii
RESUMEN EJECUTIVO.....	ix
INTRODUCCIÓN	1
METODOLOGÍA.....	3
ESTUDIO DE CASO 1: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	5
ESTUDIO DE CASO 2: Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).....	11
ESTUDIO DE CASO 3: Instituto Nicaragüense del Seguro Social (INSS).....	15
ESTUDIO DE CASO 4: Instituto de Previsión Social de Paraguay (IPS).....	21
ESTUDIO DE CASO 5: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	25
CONCLUSIONES	31
RETOS A FUTURO Y RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS	39
ANEXO 1: Lista de Personas Entrevistadas	43
ANEXO 2: Acuerdo Gubernativo # 1165 (Guatemala): Inclusión de los Servicios de Salud Reproductiva en las Prestaciones por Maternidad del IGSS.....	45
ANEXO 3: Convenio de cooperación entre el ISSS y el MSPAS sobre la utilización de los servicios del UNFPA para compra de anticonceptivos y productos relacionados	47
ANEXO 4: Paraguay: Ley No. 2907 de aseguramiento presupuestario de los programas de SR y de aprovisionamiento del kit de partos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.....	51
ANEXO 5: Resumen de indicadores de cobertura de servicios de salud (incluido PF) de cinco institutos de seguridad social en Latinoamérica.	53
ANEXO 6: Listado de fabricantes de anticonceptivos en México, fuente de suministros del IMSS	55

Gráficas

Gráfica 1: Porcentaje de mujeres en edad fértil (porción del mercado nacional de anticonceptivos) que reportaron recibir servicios de PF en los institutos de seguridad social	1
Gráfica 2: Tendencia de consumo de métodos modernos de planificación familiar en el IGSS 2002-2006 en miles de unidades.....	7

SIGLAS

APP	Años Protección Pareja
APROFAM	Asociación Pro-Bienestar de la Familia en Guatemala
CANSALUD	Cámara Nicaragüense de la Salud
CIF	Costo, seguro y flete
DAIA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DIU	Dispositivo intrauterino
EMP	Empresa Médica Previsional (<i>Nicaragua</i>)
ENDESA	Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) (<i>Nicaragua</i>)
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) (<i>Guatemala</i>)
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) (<i>El Salvador</i>)
LBM	Lista Básica de Medicamentos
PF	planificación familiar
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IMSS	Instituto Mexicano de Seguridad Social
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguro Social
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IPS	Instituto Paraguayo de Previsión Social (<i>Paraguay</i>)
ISSS	Instituto Salvadoreño de Seguro Social
ISSTE	Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (<i>México</i>)
MELA	Método de la Lactancia Materna Exclusiva
MINSA	Ministerio de Salud (<i>Nicaragua</i>)
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (<i>Guatemala y El Salvador</i>)
LAC	Latinoamérica y El Caribe
ONG	Organización no gubernamental
PES	Punto de entrega de servicio
SIAL	Sistema de Información en la Administración Logística
SR	Salud Reproductiva
TGF	Tasa Global de Fecundidad
TPA	Tasa de Prevalencia de Uso de Anticonceptivos

UFI	Unidad Financiera (El Salvador)
UMF	Unidad Médica Familiar (México)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VADEMECUM	Listado Básico de Medicamentos (Instituto de Previsión Social de Paraguay)

AGRADECIMIENTOS

Los autores de este documento desean agradecer a Nora Quesada, Directora de Programas para América Latina del USAID | DELIVER PROJECT por sus valiosas sugerencias y contribuciones a este documento y a las distintas personas que tomaron su tiempo para brindar información sobre los procesos de mejora de los servicios e insumos de planificación familiar en los institutos de seguridad social de Latinoamérica. Se agradece a las Misiones de USAID, al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, al Instituto Mexicano de Seguridad Social, al Instituto Paraguayo de Seguridad Social, al Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, a los consultores de USAID | DELIVER PROJECT, y a Lindsay Stewart de la Oficina para la América Latina y el Caribe de USAID en Washington, que hizo posible el financiamiento de este trabajo.

RESUMEN EJECUTIVO

En este documento se examinan los modelos que han implementado los institutos de seguridad social de cinco países en América Latina: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, y Paraguay, y México, quienes han implementado intervenciones y políticas para avanzar en la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. También se incluyó el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMS), por los logros que ha mantenido después de graduarse en la ayuda de donantes hace aproximadamente diez años. La recopilación de los estudios de caso resalta algunos avances, por ejemplo:

- El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) aprobó en Septiembre 2006 oficialmente el programa de planificación familiar después de dos años de restricción a los servicios.
- El Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) logró en Septiembre 2007 una reforma en las normativas de adquisición al oficializar un convenio con el MSPAS para comprar anticonceptivos de forma conjunta. Esta decisión representará ahorros significativos para el ISSS y el MSPAS de aproximadamente \$3 millones.
- El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), mediante las empresas médicas previsionales (EMP), ha iniciado el proceso de incluir intervenciones de IEC y consejería en planificación familiar (PF), para mejorar el acceso a la PF, a partir de diagnósticos realizados en 2006.
- El Instituto Paraguayo de Previsión Social (IPS) oficializó los insumos anticonceptivos al incluirlos en la lista básica de medicamentos en el 2006. Esto influyó en la decisión del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social (MSPBS) para incorporar los anticonceptivos en la lista esencial de medicamentos.
- Finalmente, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) – optó por las ventajas de mantener la función de adquisición de anticonceptivos centralizada, con un mandato regulatorio al nivel central, a pesar del proceso profundo de descentralización a nivel estatal, lo que ha redundado en un mejor desempeño del sistema logístico y en la optimización de las compras de anticonceptivos.

La recopilación de casos se realizó con el propósito de diseminar las intervenciones encaminadas a fortalecer y extender la cobertura de los servicios de PF de los institutos de seguridad social. Un elemento central que ha influido en desarrollar las políticas y paquetes de servicios es el liderazgo y compromiso del personal de los institutos, conscientes de la importancia y beneficios de la PF para la reducción de la morbi-mortalidad materno e infantil y mejorar la calidad de vida para la población adscrita y la población en general. Algunos de los factores de éxito que se observaron a partir del análisis se enumeran a continuación:

- Definir políticas de Estado que demuestren el compromiso y la importancia que los gobiernos asignan a la planificación familiar. Dichas políticas deben formar parte del marco de desarrollo social de los países. México es un ejemplo de esto, donde el IMSS es el proveedor principal de servicios de salud reproductiva y planificación familiar.

- Diseminar información sobre la DAIA (Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos) a través de foros regionales ha propiciado el compromiso para realizar cambios de política en la provisión de los servicios de planificación familiar en los institutos de seguridad social.
- Dialogar e incidir políticamente en tanto a nivel interno como externo del sistema de seguridad social influyen en la aprobación de leyes, acuerdos y normas favorables hacia la PF.
- Desarrollar un plan de institucionalización por etapas contribuye al logro de resultados sostenibles en el tiempo. Esto ayuda a mantener y mejorar el desempeño del sistema logístico, en particular, la función de compra de anticonceptivos.
- El liderazgo de personas comprometidas dentro de los institutos de seguridad social agiliza los procesos para el cambio.
- El uso efectivo de la información, - como la contenida en las encuestas demográficas y de salud, y estudios de costos de la PF, entre otras fuentes de información- ha influido positivamente en las políticas para la provisión de servicios de planificación familiar. Por ejemplo, los ahorros tangibles de brindar servicios de PF comparado con el costo hospitalario de las atenciones materno y neonatal en condiciones de alto riesgo. Otro ejemplo es la comparación de precios y los ahorros sustanciales, así como identificar la fuente de abastecimiento con los mejores precios y la mejor calidad.
- La participación de los institutos de seguridad social en los comités DAIA y la coordinación de diferentes actores han generado nuevas estrategias y sentido de equipo con un fin común dentro del sector salud

En conjunto, los resultados del estudio de casos confirman por un lado, que el nivel de servicios de planificación familiar brindados por el régimen de seguridad social a sus afiliados/as y beneficiarios/as ha sido modesto (excepto México). No obstante los institutos de seguridad social han dado pasos importantes para facilitar el acceso a los afiliados/as y beneficiarios/as de la seguridad social, en términos de políticas de alto nivel y operativas, y para mejorar la capacidad de los proveedores de servicios.

Al mismo tiempo, algunos de los retos comunes que enfrentarán los institutos de seguridad social en el futuro son:

- Apoyo político: Demostrar voluntad política en el apoyo de los institutos de seguridad social reconociendo la importancia de la salud reproductiva/planificación familiar (SR/PF) dentro del paquete básico de servicios de salud preventivos y curativos. Existe poco interés y apoyo político para asegurar la disponibilidad de los insumos de PF.
- Políticas, normas y regulaciones: No obstante la existencia de políticas y acuerdos que extienden la cobertura al cónyuge del asegurado/a, aún existen barreras legales y operativas que limitan los servicios de PF. Estas barreras redundan en poco acceso a los servicios de planificación familiar por parte de las y los afiliados y sus cónyuges.
- Garantizar el derecho a la PF de los y las afiliadas y sus cónyuges: Algunos institutos de seguridad social aún no incluyen explícitamente la PF en los paquetes de beneficios a los y las afiliadas y sus cónyuges durante toda la vida reproductiva. Además, no se ha revisado el reglamento orgánico de los institutos para identificar las barreras institucionales (administrativas y legales), o las contradicciones regulatorias que limitan el acceso a los servicios de PF.

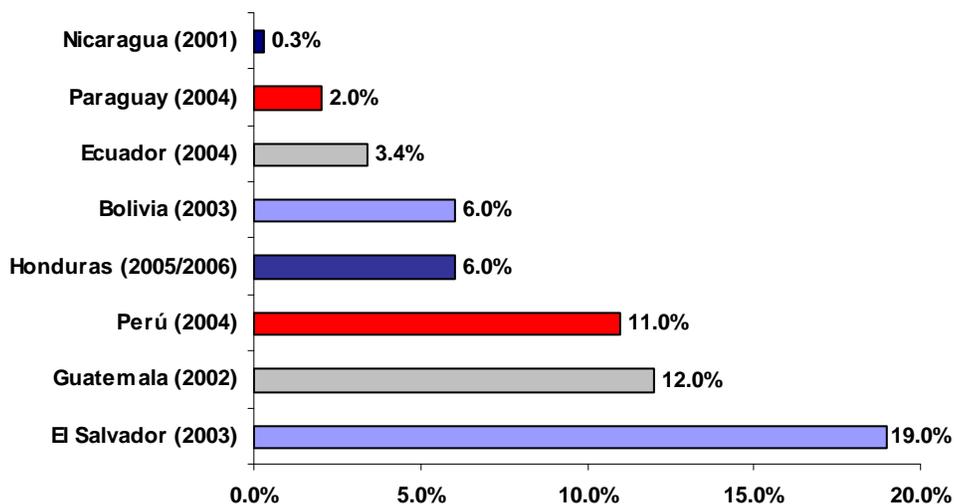
- Asegurar un sistema logístico eficiente: que mejore la disponibilidad de los anticonceptivos en las clínicas y unidades asistenciales. En particular, es importante fortalecer el sistema de información gerencial que capture datos esenciales de logística para mejorar la estimación de necesidades y la compra eficiente de los insumos anticonceptivos.
- Campañas de Información, Educación y Comunicación (IEC): Focalizar esfuerzos para campañas de IEC que informen a los prestadores de servicio y a la población sobre la oferta de servicios de PF en los institutos de seguridad social.

Para enfrentar los retos pendientes, se propone un mayor intercambio entre los institutos de seguridad social con el propósito de compartir lecciones aprendidas y mejores prácticas. Esta reciprocidad resolverá retos comunes que tienden al incremento del acceso a los servicios de PF. Por ejemplo: desarrollar políticas de PF en el funcionamiento de los institutos de seguridad social para incluir la PF en los paquetes de beneficio; asegurar insumos anticonceptivos de calidad para afiliados y sus cónyuges; solventar las limitaciones legales para comprar insumos a través del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), u otros agentes de compras o intermediarios. Es necesario evaluar cuáles son las barreras institucionales que limitan el acceso a los servicios de PF por parte de los y las beneficiarias (esposas/os de afiliados) y los mecanismos legales necesarios para eliminar dichas barreras. Es importante que la PF esté incluida en los paquetes de beneficios de los institutos de seguridad social, pero tiene igual importancia la actualización de las normas de atención, la agilización de los procesos operativos en las clínicas y los hospitales de los institutos de seguridad social, y la garantía de que el presupuesto incluya la compra de anticonceptivos y el mantenimiento del sistema logístico.

INTRODUCCIÓN

En el marco de la Iniciativa Regional para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos en Latinoamérica y El Caribe (LAC), se han realizado una serie de diagnósticos y análisis, entre los cuales se encuentran diagnósticos para la DAIA, análisis de segmentación de mercado, los sistemas logísticos en tiempos de reforma del sector salud, las diversas opciones de adquisición de los anticonceptivos para los países de la región LAC.¹ En particular, los análisis de segmentación de mercado y de la DAIA en general, demuestran que en la mayoría de los países, los sistemas de seguridad social no satisfacen plenamente las necesidades de planificación familiar (PF) de sus afiliados y beneficiarios. No obstante estas limitaciones, en años recientes los institutos de seguridad social han demostrado avances importantes para mejorar el acceso a los servicios e insumos de PF, y han logrado superar obstáculos de índole político, regulatorio y financiero para garantizar los servicios de planificación familiar en sus países. En la Gráfica 1 se observa la participación de los institutos de seguridad social en el mercado nacional de anticonceptivos en los últimos años, expresado en términos del porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que reportaron haber recibido los servicios de PF en el instituto de seguridad social.² Esta gráfica resume la participación modesta que han tenido la mayoría de los institutos de seguridad social en LAC, El Anexo 5 incluye un conjunto de indicadores que resume la situación actual de la provisión de servicios e insumos de planificación familiar en los cinco institutos que se analizan en este documento.

Gráfica 1: Porcentaje de mujeres en edad fértil (porción del mercado nacional de anticonceptivos) que reportaron recibir servicios de PF en los institutos de seguridad social



Fuente: Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil, Demografía, Salud Reproductiva

¹ Vea la sección de *Referencias* para información detallada sobre cada estudio.

² En el caso de Nicaragua, este dato corresponde a los servicios otorgados por las Empresas Médicas Previsionales (EMP)

El presente estudio se desarrolló para documentar algunos de los modelos y abordajes que paulatinamente están contribuyendo a disminuir la inequidad en el acceso a servicios de planificación familiar, en particular para las y los afiliados de los institutos de seguridad social. Se eligieron cinco países: *Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Paraguay y México*, los cuales han demostrado liderazgo y compromiso político para mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar, en medio de ambientes restrictivos y recursos limitados. Sus experiencias pueden guiar a otros países de la región en la búsqueda de estrategias para atender en forma más eficiente y equitativa las necesidades del mercado de servicios e insumos de planificación familiar.

METODOLOGÍA

ENFOQUE Y OBJETIVO DE LOS ESTUDIOS DE CASOS:

El presente estudio de casos fue realizado mediante la recopilación de información cualitativa y cuantitativa, con el fin de analizarla y sistematizarla para extraer conocimientos relevantes de las intervenciones exitosas y los distintos abordajes para impulsar el programa de PF en los sistemas de seguridad social, los actores clave que intervinieron y su implementación. El estudio de casos reúne factores comunes que contribuyeron a logros obtenidos y presenta además los elementos que facilitaron o restringieron la implementación de los procesos. La recopilación de los seis estudios de caso tiene como propósito promover el intercambio de intervenciones efectivas entre los institutos de seguridad social en América Latina, así como conocer los factores relevantes que influyeron en los diferentes procesos para impulsar el acceso a los servicios de planificación familiar. No obstante, los estudios de caso deben interpretarse cuidadosamente, y analizarse con otros estudios cuantitativos, siempre tomando en cuenta las diferencias entre los sistemas de salud de cada país, que varían dependiendo del modelo de seguridad social respectivo.

La selección de los estudios de caso:

Los institutos de seguridad social se eligieron con base en la identificación de intervenciones que prometen en el mediano y largo plazo aumentar la cobertura de servicios de planificación familiar actual y alcanzar la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos (DAIA). El criterio también se basó en el análisis de algunos de los elementos de la DAIA, entre ellos, el compromiso político y liderazgo, el financiamiento y la adquisición, la capacidad para proveer y conducir los servicios de planificación familiar, la defensa y promoción, y la coordinación sectorial e interinstitucional. Se espera que la recopilación y análisis de estos casos promuevan el intercambio sistemático de estas experiencias entre los institutos de seguridad social de la región.

Recolección de información:

Se revisó una diversidad de documentos de cada país, por ejemplo, las encuestas de demografía y salud, encuestas de salud reproductiva, los marcos legales de los institutos de seguridad social, los paquetes de servicios materno infantil, reportes de avance del programa de planificación familiar, estudios de administración logística, estudios de costo beneficio del programa de PF, información disponible en Internet, así como entrevistas con algunos de los oficiales de los institutos de seguridad social (Ver Anexo 1).

Análisis e interpretación de los datos:

Teniendo en cuenta la documentación disponible, se realizó un análisis de los datos cuantitativos provenientes de las encuestas de salud materno infantil y de los informes anuales de los institutos de seguridad social, y además se resumieron los procesos implementados por los institutos para mejorar la calidad y la cobertura de servicios de planificación familiar. En las próximas páginas presentaremos los casos de los países sujetos a análisis en este estudio.

ESTUDIO DE CASO 1: INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

LA INCIDENCIA POLÍTICA Y LOS LÍDERES COMPROMETIDOS CONSOLIDAN EL MARCO LEGAL PARA REABRIR LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA AFILIADAS/OS Y BENEFICIARIAS/OS.

ANTECEDENTES:

Guatemala tiene una población de aproximadamente 12.6 millones de habitantes, 47.2% de los cuales residen en el área urbana (USAID, 2006). La población indígena constituye aproximadamente la mitad del total. El ingreso per cápita anual es de \$1,910 en dólares actuales de los EE.UU., y se califica como país de ingreso medio-bajo (Banco Mundial, 2006). La tasa global de fecundidad (TGF) es de 4.4 hijos por mujer (ENSMI 2002) y la esperanza de vida al nacer es de 67.9 años (USAID, 2006). En cuanto a la planificación familiar, la tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente baja si se compara con la región centroamericana: 43.3 por ciento, y tiene también las mayores brechas en uso por área de residencia (urbano versus rural), 22 puntos porcentuales (ENSMI, 2002). Según esta misma fuente, el 32.2% de las mujeres en unión de 15-49 años son atendidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el 29% por APROFAM, organización afiliada a la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), y el 12% por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) es una institución autónoma, nacional, unitaria y obligatoria de seguridad social, que otorga beneficios de prestaciones en dinero y atenciones en salud a los trabajadores y sus beneficiarios. En 2003 tenía una cobertura de aproximadamente el 19% de la población guatemalteca económicamente activa.³ Cada afiliado al régimen de seguridad social tiene derecho a la atención de su salud y la de sus dependientes menores de 18 años con cargo al presupuesto del IGSS. El porcentaje de la cuota patronal es 10.67% y el empleado es 4.83%. Según estimaciones del Departamento de Actuarial y Estadísticas del IGSS, en el año 2006 la población protegida por el régimen de seguridad social ascendió a 2.3 millones, del cual 414,813 son mujeres en edad fértil (MEF). De este grupo etéreo se estima que hay 21,648 MEF usando servicios de planificación familiar, es decir un 5.22%. Tiene presencia en 11 de los 22 departamentos del país,

³ Ministerio de Trabajo y Previsión Social http://www.mintrabajo.gob.gt/mtps/estadistica/cuadro38_html

brindan servicios de salud reproductiva y planificación familiar en 40 establecimientos, incluidos hospitales y consultorios.

CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

Los servicios de planificación familiar forman parte del Programa de Salud Reproductiva de la Sección de Higiene Materno-Infantil, que a su vez forma parte del Departamento de Medicina Preventiva. En el Área Departamental se cuenta con Hospitales, Consultorios y Clínicas que atienden dicho Programa. En el Área Metropolitana se cuenta con el Hospital de Gineco Obstetricia y el Hospital Dr. Juan José Arévalo Bermejo, que atienden el Programa de Maternidad y son de referencia para todo el país, los cuales cuentan con internación, consulta externa ginecológica, incluida la consejería y entrega de métodos de planificación familiar, control prenatal, trabajo de parto, y servicios de diagnósticos.

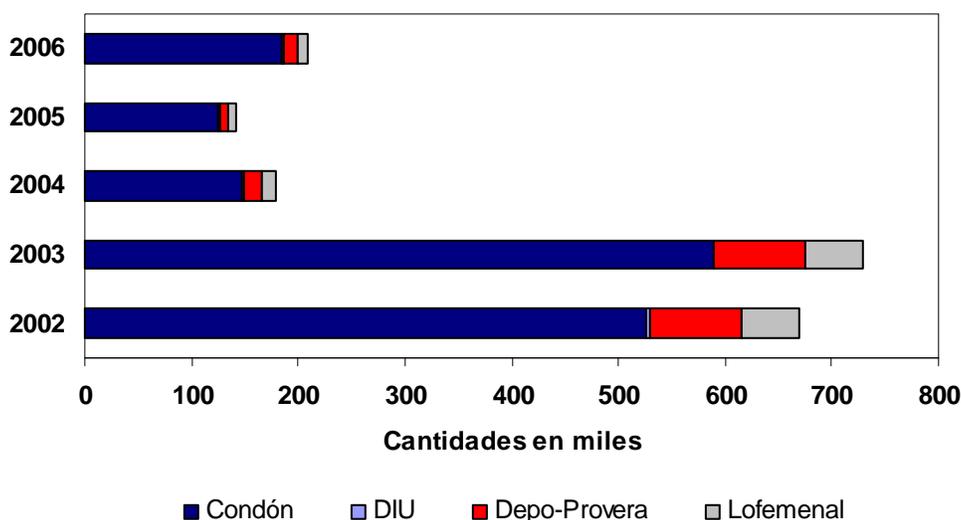
La prestación de servicios de planificación familiar en el IGSS se inició en el año 1993 mediante oficio suscrito por el Sub-gerente de Administración de Prestaciones en Salud. Este documento autorizó a las unidades médicas del área metropolitana para proporcionar a las mujeres beneficiarias (esposas o convivientes de los trabajadores) de afiliados a la institución, los servicios e insumos de planificación familiar. Posteriormente, se extendieron los servicios a otros departamentos del país y en la actualidad brindan servicios de PF en los 19 de 22 departamentos con presencia del instituto de seguridad social.⁴ El compromiso y liderazgo demostrados durante varias administraciones facilitó que el IGSS recibiera apoyo técnico y financiero de USAID así como donaciones de anticonceptivos desde 1993 hasta 2004. USAID dejó de donar anticonceptivos al IGSS a partir de 2005. Durante este período el IGSS implementó una serie de intervenciones para mejorar la consejería, la administración logística de anticonceptivos, la información, educación y comunicación de los servicios, y la calidad de la atención. La Sección Materno Infantil se esforzó por brindar a la población afiliada una oferta balanceada de métodos modernos y tradicionales compuesta por: ciclo oral, preservativo, inyectable, implante, dispositivo intrauterino (DIU), esterilización femenina y masculina voluntarias, método de la lactancia materna exclusiva (MELA), y el método de los días fijos (o método del collar). También se realizaron visitas de intercambio al Instituto Mexicano de Seguridad Social. Además se creó la clínica de la mujer adolescente en el Hospital de Ginecología y Obstetricia, que sigue funcionando actualmente, y se realizó un estudio costo beneficio de los servicios de PF donde se demuestra que por cada dólar invertido en PF, el IGSS ahorra US\$6.27 en atenciones materno infantil. Se publicaron manuales y protocolos de atención, manual de logística de anticonceptivos, en coordinación con Auditoría Médica y Organización y Métodos. La lista básica de medicamentos del IGSS incluye todos los anticonceptivos (condones, T de Cobre, ciclos orales, e inyectables). A partir del año 2002, como parte de un plan de disminución gradual de donaciones, el IGSS firmó un convenio con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para comprar con recursos propios un porcentaje incremental de los requerimientos anticonceptivos; sin embargo, este convenio quedó sin vigencia a partir de la decisión de limitar los servicios de PF. Los afiliados y sus beneficiarios (cónyuges de afiliados) solamente tenían derecho a servicios de maternidad hasta los 45 días post parto.

⁴ <http://www.igssgt.org/index.php>. Organización y Cobertura.

EL DESAFÍO – FALTA DE POLÍTICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

No obstante la trayectoria exitosa del programa de planificación familiar del IGSS durante aproximadamente diez años, el programa de PF no formaba parte oficial de las prestaciones por maternidad. Por esta razón, en 2003 la Sección de Higiene Materno Infantil y las altas autoridades del IGSS decidieron limitar fuertemente la prestación de servicios de PF, tanto para afiliadas como para beneficiarias (esposas de afiliados), exclusivamente hasta los 45 días después del parto. Mientras duró esta decisión, las autoridades del IGSS prepararon un proyecto para incluir la PF en el paquete de prestaciones por maternidad. Esta situación causó un impacto negativo en la atención de la mujer en el IGSS, en términos de embarazos no deseados y por ende, la migración de las afiliadas a otros proveedores de servicios de PF como el MSPAS y APROFAM. Asimismo, la limitación de la oferta provocó un sobreabastecimiento de productos en las bodegas centrales, y se arriesgó la pérdida de la inversión en insumos anticonceptivos por no utilizarse antes de la fecha de vencimiento.. La gráfica 1 muestra la tendencia de consumo de métodos y la forma en que disminuyó a partir de 2004 debido a la decisión de limitar la provisión de servicios.

Gráfica 2: Tendencia de consumo de métodos modernos de planificación familiar en el IGSS 2002-2006 en miles de unidades



Fuente: Informes de consumo del IGSS, Sección de Higiene Materno-Infantil

En la gráfica 1 también se observa un leve incremento en el consumo de los anticonceptivos en 2006 comparado con el año anterior, específicamente por una mayor entrega de condones e inyectables trimestrales.

EL PROCESO—SENSIBILIZACIÓN DESDE ADENTRO:

Para enfrentar la decisión tomada por las autoridades del IGSS, a partir del año 2004 la Sección Materno Infantil se involucró activamente en la defensa y promoción del programa de planificación familiar en la política del instituto. Durante varios meses se llevaron a cabo reuniones, análisis, negociaciones e incidencia política con la participación del personal de los Departamentos de Organización y Métodos, Actuarial y Estadística, y de la Sección de Higiene Materno Infantil. El objetivo fue presentar un proyecto para revertir la decisión de limitar el acceso a los servicios de PF

y aprobar legalmente el programa de salud reproductiva del instituto. A continuación, se resumen los antecedentes del programa de PF en el IGSS, así como algunas de las decisiones e intervenciones que facilitaron la aprobación oficial del programa de SR/PF del IGSS:

- En 2003 USAID disminuye la donación de insumos y la asistencia técnica, y al mismo tiempo el IGSS firma un convenio de compra gradual de insumos anticonceptivos con el UNFPA, mediante el cual lograrían economías de escala y se prepararían para el retiro gradual de donaciones.
- En 2004 La Sección de Higiene Materno Infantil decide limitar el acceso a los servicios de PF, debido a que existen restricciones legales por no estar la SR y PF en el paquete de servicios materno infantil. Como consecuencia, las afiliadas y beneficiarias se trasladaron a otros proveedores como el MSPAS y APROFAM. Esta situación también dio lugar a un aumento de embarazos no deseados de acuerdo a análisis del IGSS.
- El Gerente del IGSS abre una comisión de análisis para fundamentar la propuesta de inclusión de la PF en el paquete de atención materno infantil. La comisión desarrolla un proyecto presentado a la Junta Directiva, basado principalmente en el estudio de costo-beneficio de la PF, los ahorros del IGSS y las ganancias en salud para la mujer y la niñez.
- Mientras tanto, la sociedad civil permanece monitoreando la implementación de la Ley de Desarrollo Social y la Política de Desarrollo Social y Población, que incluye cláusulas para que el IGSS brinde servicios de SR/PF.
- En abril de 2004, cambian los mandos medios y toma posesión un nuevo Jefe de la Sección Materno Infantil, quien se involucra proactivamente para promover la aprobación del programa de PF y dialoga con personas clave pertenecientes al instituto, como externas a él, para que facilitaran una decisión favorable. Esto sucede al inicio de un nuevo gobierno por las elecciones de Noviembre 2003.
- En 2005, terminan las donaciones de USAID. Esto se agrega a la decisión del IGSS de limitar la oferta de PF, lo que provoca una situación aún más crítica para el programa de PF del IGSS.
- Durante 2004-2006 se realizó un cabildeo en el interior del IGSS, unido a los esfuerzos de vigilancia de grupos de mujeres y la fiscalización de las mujeres parlamentarias. En el mismo período los grupos de mujeres influyeron positivamente en la aprobación de la ley de acceso universal a la PF, que menciona la responsabilidad del IGSS de brindar los servicios de PF a la población derechohabiente. Se continúan fortaleciendo los grupos de la sociedad civil, mantienen el tema en la agenda de salud, y monitorean los avances de la provisión de servicios de PF en el sector público, incluyendo el IGSS.
- En septiembre de 2005, la Junta Directiva publicó el Acuerdo Gubernativo 1165 mediante el cual se incorpora la salud reproductiva como parte de las prestaciones en servicio del IGSS para todas las afiliadas y beneficiarias con derecho en cualquier momento de su vida reproductiva. Esto genera fuertes expectativas de varios sectores (sociedad civil, congreso) para reiniciar los servicios de PF en los hospitales y consultorios. Simultáneamente, en el Congreso se debatía la

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

En septiembre 2005, la Junta Directiva publicó el Acuerdo Gubernativo 1165 mediante el cual se incorpora la salud reproductiva como parte de las prestaciones en servicio del IGSS para todas las afiliadas y beneficiarias con derecho en cualquier momento de su vida reproductiva. Sin embargo, aún existen barreras operativas internas que no han permitido aumentar el acceso a los afiliados y sus cónyuges.

iniciativa de ley del “Acceso Universal a los servicios de Planificación Familiar y su incorporación en el Programa de Salud Reproductiva”, la cual finalmente se aprobó en mayo de 2006.

ELEMENTOS CLAVE PARA EL ÉXITO:

Durante el proceso para oficializar el Programa de Salud Reproductiva resaltan tres factores clave: en primer lugar, el liderazgo de personas comprometidas dentro del IGSS, quienes conocen los efectos positivos de la PF en la salud integral de las familias adscritas al régimen de seguridad social. Segundo, el uso de la información proveniente del estudio costo-beneficio de la PF en la toma de decisiones del más alto nivel político. Tercero, el diálogo y la incidencia política con el personal de la Junta Directiva del IGSS, miembros del Congreso de la República, así como la defensa y promoción de los grupos de mujeres que defienden el derecho al acceso universal y equitativo a los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar.

RESULTADO:

La publicación oficial del Acuerdo Gubernativo 1165 de fecha 20 de septiembre 2005 (Ver Anexo 2), en el cual textualmente dice “Se incorpora la Salud Reproductiva como parte de las prestaciones en servicio que el Instituto otorga en la asistencia por Maternidad, a afiliadas y beneficiarias con derecho del Régimen de Seguridad Social, previstas en el Artículo 22 del Acuerdo No. 410 de la Junta Directiva. El acuerdo también determina que el IGSS programará recursos suficientes para la compra de insumos anticonceptivos y atenderá en consulta externa a las afiliadas y beneficiarias durante cualquier momento de su ciclo reproductivo, siempre y cuando presente un certificado de trabajo cada seis meses (de la afiliada o del cónyuge).

RETO A FUTURO:

El IGSS logró un avance importante con la firma del acuerdo que oficializa la provisión de servicios de Salud Reproductiva. No obstante, el IGSS no ha aumentado significativamente la cobertura de servicios de PF y espera hacerlo en los próximos años. Una de las razones de no haber incrementado la cobertura es la existencia de algunas barreras legales y administrativas. Por ejemplo, aún no han realizado una campaña de sensibilización con el personal de salud de las clínicas y tampoco han distribuido el manual de normas que reglamenta las operaciones para la provisión de servicios de PF. Además, los y las afiliadas y beneficiarias deben presentar un certificado de trabajo cada seis meses para calificar nuevamente sus derechos y continuar recibiendo los servicios de SR/PF. Esto representa una barrera debido a que dicho trámite dificulta que las afiliadas obtengan permiso de su empleador cada seis meses, y que las esposas de los afiliados (beneficiarias) obtengan permiso del cónyuge para renovar su derecho y continuar planificando su familia. Siendo las beneficiarias la mayoría de MEF atendidas por el programa de SR/PF, esto limita fuertemente el acceso a los servicios y la meta de aumentar la cobertura a las mujeres adscritas al IGSS.⁵

⁵ Reunión con personal de la Sección de Higiene Materno Infantil del IGSS- Abril 2007

ESTUDIO DE CASO 2: INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

AVANZA EN LA DISPONIBILIDAD ASEGURADA DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS, MEDIANTE UN CONVENIO CON EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL PARA COMPRAR ANTICONCEPTIVOS A TRAVÉS DE UNFPA

ANTECEDENTES:

El Salvador tiene una población de aproximadamente 6.9 millones de habitantes, de los cuales el 60% residen en el área urbana. El ingreso per cápita anual para el 2003 era de \$2,340 en dólares actuales de los EEUU. La tasa global de fecundidad (TGF) se estima para el 2005 en 2.8 hijos por mujer. En cuanto a la planificación familiar, la prevalencia en el uso de anticonceptivos es de 67.3 por ciento entre mujeres casadas o unidas de 15 a 44 años de edad (FESAL 2002/03). Este porcentaje se incrementó desde 1998, debido principalmente al aumento en el uso de métodos modernos. Este incremento en métodos modernos ha sido mayor en los dos quintiles socioeconómicos más bajos. A pesar de ello, la brecha en uso entre las mujeres del quintil más pobre y del resto de los quintiles persiste. Según datos de la misma encuesta, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es el proveedor más importante de anticonceptivos (55.9%), y su rol es aún más predominante en el área rural, en donde provee el 70.6 por ciento de los mismos. Le sigue el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) con 19.3%.

El Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS) fue creado mediante la Ley 329 en el año 1949. Posteriormente se publicaron varias reformas, que incluyen dicha Ley que declara que el ISSS es una institución autónoma, nacional, unitaria y obligatoria de seguridad social, que otorga beneficios de prestaciones en dinero y atenciones en salud a los trabajadores y sus beneficiarios. El ISSS cubre dos áreas en lo referente a la seguridad social:

- a. Seguro de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales.
- b. Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte.

El primero se subdivide en Régimen General de Salud, el cual se estableció desde su creación en 1954 y tiene como campo de acción a todos los trabajadores; y el Régimen Especial de Salud, creado en 1979, el cual protege a sus cónyuges y menores de 12 años, los hijos de los asegurados fueron incorporados al ISSS en forma gradual a partir de 1989 hasta 1996, y pueden recibir estos beneficios desde su nacimiento hasta los seis años. El segundo cubre a los trabajadores asegurados, a sus

cónyuges o compañeros de vida y a sus hijos menores de 21 años. Dentro de las prestaciones que otorga el Instituto en el área de la salud podemos mencionar:

- a. Régimen de salud, el cual se subdivide en Régimen General de Salud, Prestaciones Económicas y Régimen Especial.
- b. Régimen de pensiones, éste se divide en Prestaciones Económicas y Prestaciones en Especie.
- c. Régimen Especial donde se da cobertura a los empleados públicos

Por Decreto Ejecutivo N° 42 del 19 de agosto de 1980, a partir del 1° de octubre del mismo año, se concede el derecho al goce de los beneficios por riesgos comunes a las esposas o compañeras de vida de todos los asegurados, sin costo adicional para estos.

Del total de la población (aproximadamente 6.9 millones), El Salvador cuenta con una población económicamente activa de 2,710,237.⁶ El ISSS cubre todo el país, protegiendo a 1,110,853 personas aseguradas, de los cuales 704,134 son activos, 105,515 pensionados, y 405,719 beneficiarios. Estos últimos se dividen en 189,199 cónyuges (esposas y esposos) y 216,520 menores de 12 años (hijos de asegurados activos).⁷ En 2004 tenía una cobertura de salud de aproximadamente el 26% de la población salvadoreña económicamente activa. Cada afiliado al régimen de seguridad social tiene derecho a la atención de su salud y la de sus dependientes menores de 12 años, con cargo al presupuesto del ISSS. Tiene presencia en todo el país, con 11 Hospitales, 32 Unidades Médicas, 33 Clínicas Comunales y 197 Clínicas Empresariales⁸ de los cuales la mayoría brindan servicios de salud reproductiva y planificación familiar, excepto siete centros asistenciales, entre ellos, algunos hospitales de tercer nivel. Según la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2002-03, el 19% de las mujeres en edad reproductiva casadas/unidas (15-44 años) del país recibían servicios de PF en el ISSS.

CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

La prestación de servicios de planificación familiar en el ISSS se inició en el año 1959 para proporcionar a los y las afiliadas los servicios e insumos de planificación familiar, como un subprograma del Programa de Atención Materna. La población de mujeres en edad fértil en 2006 ascendía a 387,085, y de este total 58,448 MEF (15%) son usuarias activas de PF.⁹ El ISSS ofrece métodos temporales y permanentes: la esterilización voluntaria femenina (laparoscopia, minilap y post parto), la esterilización voluntaria masculina; y los temporales: inyectables mensuales y trimestrales, anticonceptivo oral de dosis alta y baja, dispositivos intrauterinos y preservativos. También brindan educación sobre los métodos tradicionales. Aunque el ISSS no incluye los anticonceptivos en el Listado Oficial de Medicamentos, han comprado sus anticonceptivos por medio de licitaciones públicas, en su mayor parte a laboratorios nacionales o representantes de la industria farmacéutica internacional, lo cual resulta en precios muy altos. A raíz de la conformación del comité DAIA en El Salvador en 2004 y la información que se comparte en su seno, el ISSS se ha enterado de los precios económicos que el MSPAS paga por los anticonceptivos a través del UNFPA, y está explorando diferentes vías para conseguir precios más favorables en sus compras.

⁶ http://www.mtps.gob.sv/imagenes/estadisticas/2004/Modulo3/CUADRO_3.1.1.pdf

⁷ Estadísticas de Salud ISSS 2004, Cuadro 1, Página 6, <http://www.iss.sv/descargables.htm>

⁸ <http://www.iss.sv/comunicaciones/seguridadsocial.htm>

⁹ Reporte de PF del ISSS 2006.

EL DESAFÍO—ALTOS PRECIOS DE LOS ANTICONCEPTIVOS EN EL MERCADO LOCAL Y FUENTE ALTERNATIVA DE ABASTECIMIENTO:

El ISSS dejó de recibir donaciones de anticonceptivos de USAID en Mayo de 1998. Desde entonces, ha hecho cambios profundos para enfrentar la independencia financiera, y actualmente continúa satisfaciendo las necesidades de planificación familiar de sus afiliados. Sin embargo, las compras realizadas en el mercado local han significado pagar altos precios. Por ejemplo, según un estudio de precios de anticonceptivos¹⁰, las farmacias privadas venden los anticonceptivos orales a US\$6.47 por ciclo en contraste con US\$0.39 por ciclo que paga el MSPAS al UNFPA. Esto significa que el ISSS está pagando 20 veces más por los insumos anticonceptivos de lo que conseguiría a través del UNFPA. Es importante notar que los altos precios que paga el ISSS por los insumos anticonceptivos limita su habilidad para asumir una porción más grande del mercado de servicios de planificación familiar. Si las condiciones del mercado se modificaran y el MSPAS necesitara apoyo para cubrir la demanda adicional, con este nivel de precios difícilmente el ISSS podría asumir una mayor cobertura. Tomando en cuenta que el MSPAS está comprando los anticonceptivos a través de UNFPA, el ISSS consideró la posibilidad de hacer algo similar, sin embargo han enfrentado obstáculos de índole jurídico y administrativo para pagar a UNFPA por anticipado.

EL PROCESO—VARIOS ANÁLISIS DE LAS FUENTES DE ABASTECIMIENTO Y SUS COSTOS:

- A partir del 2004, el ISSS ha participado en foros regionales que han planteado los retos a futuro para la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, tomando en cuenta el rol del régimen de seguridad social.
- Se realizaron estudios de la situación actual de la DAIA, así como de regulaciones y precios de anticonceptivos. Esto ha generado mayor conocimiento del mercado de anticonceptivos y sus costos, así como de la necesidad de brindar los servicios con mayor equidad.
- En 2005, el ISSS participa más activamente en el comité DAIA y en 2006 se redactó un convenio entre el MSPAS y el ISSS para realizar compras conjuntas a través del UNFPA en el futuro. Mediante este convenio, el ISSS obtendrá ahorros sustanciales en la adquisición de anticonceptivos. Este convenio es jurídicamente viable debido a un convenio marco entre el MSPAS y el ISSS, a través del cual se pueden comprar insumos y medicamentos en forma conjunta. El convenio marco está en proceso de actualización, pero su esencia no cambiará.

ELEMENTOS CLAVE PARA EL ÉXITO:

Con la participación dentro del ISSS de la Unidad Técnica Normativa, la Subdirección de Salud, Unidad Jurídica Asesora, y la Oficina de Presupuesto fueron impulsados los procesos necesarios para preparar un convenio entre el MSPAS y el ISSS para la compra conjunta de anticonceptivos. La colaboración interinstitucional y la voluntad política del Director General del ISSS y del Ministro de Salud fueron clave para redactar dicho convenio. Uno de los argumentos más efectivos que se han utilizado son los ahorros sustanciales que obtienen ambas instituciones al usar a UNFPA como agente de compras, estimando que el ISSS ahorrará aproximadamente US\$408,000 anuales. La voluntad de ambas instituciones para coordinar y obtener beneficios y ahorro de recursos también fue un elemento que contribuyó a buscar una solución conjunta.

¹⁰ Políticas, Prácticas y Opciones para la Adquisición de Insumos Anticonceptivos, El Salvador 2006

**Noticia en La Prensa Gráfica, San Salvador
18-9-2007****Firman convenio para compra de anticonceptivos:**

El Ministerio de Salud y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) firmaron hoy un convenio de cooperación para la utilización de los servicios del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El acuerdo permitirá inicialmente la compra conjunta de anticonceptivos y productos relacionados. El objetivo es permitir mayor acceso, continuidad y oportunidad para los servicios de planificación familiar.

El ISSS espera ahorrar casi medio millón de dólares con la compra, mientras que el Ministerio, cerca de tres millones. La compra conjunta es para 2008 e incluye anticonceptivos orales, inyectables, dispositivo intrauterino (DIU) y preservativo.

RESULTADO:

La elaboración de un convenio entre el ISSS y el MSPAS, firmado durante el mes de agosto de 2007. A través de este convenio, el ISSS aprovechará las mismas economías de escala que el MSPAS. Por ejemplo, en el mercado local la inyectable trimestral Depo-Provera cuesta US\$5.80/unidad, y en 2006 el ISSS compró 19,000 unidades equivalentes a una inversión de US\$110,200. Cuando el ISSS compre esta misma cantidad de producto a UNFPA a un costo unitario de US\$0.87, su inversión solamente será de US\$16,530 y el ahorro ascenderá a US\$93,670, es decir que podrán adquirir casi siete veces más

productos que comprando en el mercado local. Al mismo tiempo garantizan insumos de calidad, bajo estrictos procesos de control de calidad exigidos por el UNFPA.

RETOS A FUTURO:

El ISSS espera hacer la primera compra de anticonceptivos en el año 2008, aprovechando el convenio firmado recientemente entre el ISSS y el MSPAS (Ver Anexo 3) para iniciar los trámites utilizando recursos propios de la institución y obteniendo precios favorables a través de UNFPA. Asimismo, el principal reto que enfrenta el ISSS es mantener una cobertura adecuada de la población, dado que uno de los mayores obstáculos para que esto suceda es la volatilidad de la economía salvadoreña, que impide a los usuarios (por ejemplo los trabajadores de maquilas), contar con empleos permanentes que les permitan tener acceso a los servicios preventivos y curativos del ISSS. Mientras tanto, se espera que la cobertura de los servicios de PF a la población cubierta por el ISSS aumente, ya que con la compra conjunta se podrán liberar importantes recursos que se destinen a mejorar los servicios de PF.

ESTUDIO DE CASO 3: INTITUTO NICARAGÜENSE DEL SEGURO SOCIAL

LAS EMPRESAS MÉDICAS PREVISIONALES INICIAN MEJORAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS E INSUMOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ANTECEDENTES

En 2007, la población de Nicaragua se estimó en 5.1 millones con un crecimiento anual del 2%. La tasa global de fecundidad bajó de 4.6 hijos por mujer en 1994 a 2.7 en 2007 (ENDESA 2006/2007). La tasa de prevalencia de uso anticonceptivo (TPA) aumentó significativamente—de 60% en 1998 a 72% en mujeres actualmente unidas en 2006/2007, y de 51% a 69% en áreas rurales en 2006/2007. El uso de métodos modernos también aumentó durante este período de 57% en 1998 a 66% en 2001. La necesidad insatisfecha de PF es una de las más bajas de la región (15%); pero aún persisten disparidades en el uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha. Estas disparidades son mayores entre el quintil socioeconómico alto y bajo y la población urbana y rural. En 2006/2007, el Ministerio de Salud (MINSa) es el principal proveedor de servicios y anticonceptivos (67%), seguido por las farmacias (15%), y Profamilia el afiliado a la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) (5%); mientras que las Empresas Médicas Previsionales (EMP) del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) cubrieron el 4% del total.

El INSS es el organismo descentralizado del Estado Nicaragüense responsable de la salud de los asegurados y provee la atención en salud a su población a través de las Empresas Médicas Previsionales (EMP). El Modelo de Salud Previsional contempla algunas características, por ejemplo: libertad de elección del prestador de salud; calidad y oportunidad de los servicios brindados por prestadores de salud públicos y privados debidamente certificados; competencia entre los prestadores de salud, contribución a la inversión y reactivación económica, debido a que las EMP generan fuentes de empleos y fortalecen el sector salud; eficiencia en el uso de los recursos, debido a que la participación del sector privado promueve mejor uso de los recursos; contribución a la disminución de la carga médica asistencial del MINSa, al absorber un segmento de cobertura poblacional.

El INSS ejerce el rol de normar, certificar y controlar la calidad de los servicios provistos por estas empresas; y se constituye en un mecanismo de financiamiento que contrata con las EMP, las cuales reciben un monto per capita equivalente a US\$13 por familia para brindar los servicios médicos a los asegurados, las y los esposos de los asegurados, y los niños menores de 12 años. El INSS introduce la contratación de las EMP en el año 1993,¹¹ y en el año 2006 existen 51 Empresas Médicas

¹¹ Presentación del Proyecto Banking on Health “Fortaleciendo la contratación del sector privado en Nicaragua”, 2002

Previsionales distribuidas en las diferentes regiones del país. La mayoría de las EMP están afiliadas a la Cámara Nicaragüense de la Salud (CANSALUD), que es una asociación civil sin fines de lucro creada en el año 2000 con la misión de brindar asistencia técnica, proporcionar apoyo legal y defender los intereses de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas afiliadas a ella.¹² En la actualidad, el INSS y CANSALUD están analizando el sistema de capitación para actualizarlo y contener la atención preventiva, incluida la SR/PF.

Dado que el INSS cubre el sector con empleo formal, casi todos los asegurados y las aseguradas se encuentran en zonas urbanas: 19,56% en Managua, 13,83% en Estelí, 12,17% en Carazo, 11,51% en Chontales y 10,04% en León.¹³ El INSS, a través de las EMP, cubre un 0.3% de las mujeres en edad fértil del país.

La cotización de los afiliados obligatorios al Régimen Integral es de 21%, de los cuales el 8.5% corresponde al paquete de servicios por enfermedades y maternidad (6% empleador, 2.25% trabajador y 0.25% el Estado). La cobertura en relación con la población económicamente activa (PEA) asciende al 16% en 2002¹⁴

CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:

El INSS brinda una canasta de servicios que cubre 872 enfermedades y 334 medicamentos. La canasta incluye cuidado curativo, servicios preventivos limitados, incluidos los servicios de PF, atención prenatal, trabajo de parto, parto y post-parto, diagnósticos y medicinas básicas. Los servicios de planificación familiar solamente están disponibles para las personas aseguradas (afiliados), no para sus cónyuges. La prestación de servicios de planificación familiar incluye métodos anticonceptivos temporales y permanentes: orales, inyectables, dispositivo intrauterino y preservativos. Los métodos permanentes que ofrecen son anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina y masculina. Un diagnóstico reciente (2005) realizado con el apoyo de USAID¹⁵, confirma

Instituto Nicaragüense del Seguro Social:

Varios análisis y diagnósticos demuestran que los servicios de PF no son promocionados ni brindados por las EMP de forma activa. Un estudio de más de 1,000 afiliadas en dos EMP indicó que dos tercios recibían los servicios de PF de otros proveedores afuera del sistema del INSS, lo que provoca un ineficiente uso de los recursos; y además el 60% de las usuarias no sabían que las EMP brindaban servicios de PF.

que los programas de planificación familiar en las EMP no son brindados en forma activa, pero la mayoría cuentan con políticas sobre el tema. Casi la totalidad de las EMP tienen normas de bioseguridad diseñadas a partir de las exigencias internacionales, requisitos establecidos por el INSS para la certificación y aprobación de cada una de las EMP. En la prestación de servicios de planificación familiar, 10 de 20 EMP evaluadas¹⁶ cuentan con normas sobre planificación familiar, pero éstas difieren en su contenido. La mayoría de las EMP brinda consejería en planificación familiar; sin embargo debido a limitaciones de personal no ofrecen activamente los servicios e insumos de PF. En relación al sistema logístico, se encontró que la

¹² Proyecto DELIVER. Diagnóstico de la situación de la prestación de los servicios de planificación familiar y del sistema logístico de anticonceptivos en las Empresas Médicas Previsionales. Nicaragua 2005

¹³ Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) de Nicaragua 2001

¹⁴ Seguridad Social para quien? Costos y obstáculos de la seguridad social en Nicaragua Nestor Avendaño. 2002

¹⁵ Proyecto DELIVER. Diagnóstico de la situación de la prestación de los servicios de planificación familiar y del sistema logístico de anticonceptivos en las Empresas Médicas Previsionales. Nicaragua 2005

¹⁶ Diagnóstico de la situación de la prestación de los servicios de planificación familiar y del sistema logístico de anticonceptivos en las Empresas Médicas Previsionales. Nicaragua 2005

mayoría de las EMP tienen un sistema de información logística diferente tanto en su complejidad como en el tipo de datos que suministran a los usuarios del mismo.

El uso de métodos de planificación familiar en las EMP mejoró considerablemente, habiendo reportado en 2004 un equivalente a 1,339 Años Protección Pareja (APP), es decir 1,339 usuarios de PF, y para el año 2005, entregaron un equivalente a 6,792 APP. Esto representa un aumento del 500% respecto al año 2004, lo que demuestra la disposición a mejorar el acceso a los métodos anticonceptivos. Por su lado, la demanda de la población usuaria también está incidiendo positivamente en la utilización de métodos de planificación familiar en las EMP.

EL DESAFÍO—UNA OPORTUNIDAD PERDIDA:

Varios análisis y diagnósticos demuestran que los servicios de PF no son promocionados ni brindados por las EMP en forma activa. Un estudio de más de 1,000 afiliadas en dos EMP indicó que dos tercios recibían los servicios de PF de otros proveedores fuera del sistema del INSS, lo que provoca un ineficiente uso de los recursos; y además el 60% de las usuarias no sabían que las EMP brindaban servicios de PF.¹⁷ Uno de los factores limitantes puede ser la falta de conocimiento de los beneficios de brindar servicios preventivos, como la SR/PF, y por otro lado, la falta de supervisión clínica y financiera del INSS hacia las EMP. Un factor a considerar es que las EMP tienen un mercado potencial para atender un mayor número de la población en edad fértil adscrita al esquema de seguridad social, que actualmente no tienen acceso a servicios de PF. Asimismo, el costo de los anticonceptivos en el mercado local hace que las EMP adquieran cantidades pequeñas de estos productos y por ende, que la oferta de métodos anticonceptivos sea limitada en sus establecimientos.

EL PROCESO – ESTRATEGIA INTEGRAL PARA AUMENTAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE PF:

En el marco de las reformas de salud, el INSS ha recibido apoyo para implementar un modelo de seguridad social que se considera innovador en América Latina. Por ejemplo, entre el 2003-2005, el INSS facilitó la implementación de una estrategia integral que incluyó diagnósticos para determinar el desempeño de las EMP y la cobertura de servicios de salud reproductiva y planificación familiar, así como estudios sobre el desempeño del sistema logístico. Además se realizaron capacitaciones y se redactaron manuales para estandarizar la atención en SR/PF en las EMP, talleres de sensibilización acerca del costo beneficio de brindar atención preventiva, incluidos los servicios de PF. Uno de los objetivos planteados fue el fortalecimiento del mecanismo de contratación de las EMP para producir mejores resultados en la atención de SR/PF. Para alcanzar este objetivo, se definieron varias estrategias: mejorar el acceso a fuentes privadas de financiamiento de las EMP, fortalecer el proceso de certificación del INSS hacia las EMP, impulsar la promoción de servicios de SR/PF entre las EMP, y explorar la posibilidad de expandir la cobertura al sector informal. A continuación se presenta una reseña histórica de las intervenciones y los aspectos claves que sentaron ciertas bases para mejorar en el futuro la provisión de servicios e insumos de PF:

1. En 2002 el INSS modificó el proceso de certificación de las EMP e incluyó parámetros más rigurosos. Muchas EMP no pasaron la evaluación y exploraron opciones de mejora e incluso fusión con otras EMP. Esto promovió un mayor enfoque de mercado y más participación del sector privado en la provisión de servicios.

¹⁷ Presentación del Proyecto Banking on Health “Strengthening contracting out in the private sector in Nicaragua, 2002”

2. En 2003 se realizó un estudio de clientes de EMP, el cual indicó un bajo uso de servicios de PF. Con base en los resultados de dicho estudio, se planteó la necesidad de un conocimiento más profundo de la situación de PF en el INSS y las EMP. Esto ocurrió en medio de un proceso de descentralización de los servicios de salud, y la intención de aumentar la cobertura a afiliados y dependientes (cónyuges e hijos).
3. En 2004 el INSS, con apoyo de cooperantes, realizó un diagnóstico orientado a mejorar el acceso al financiamiento de las EMP y fortalecer su desempeño. Lo anterior estuvo acompañado de asesoría técnica para intervenciones de mejora en el tema de financiamiento y mayor conciencia sobre la importancia de brindar servicios preventivos como la SR/PF.
4. En 2004 se realizaron talleres de capacitación a instituciones bancarias para conocer a las EMP, así como para medir el potencial de brindarles financiamiento. Esto representó una oportunidad para conseguir otras fuentes de financiamiento al sector salud con base en una mejor comprensión del sector salud y su importancia para el desarrollo integral de las familias.
5. Simultáneamente, se realizaron talleres dirigidos a las EMP para dar acceso a financiamiento, análisis financiero, análisis de riesgo y segmentación de mercado, entre otros temas.
6. En 2005 se realizó un taller con el INSS para reformular algunos indicadores y criterios de certificación de las EMP.
7. En 2004-2005 se realizó una serie de talleres de sensibilización a las EMP, INSS, y CANSALUD sobre los beneficios de promover activamente los servicios de SR/PF, y sus efectos en la reducción de costos y el aumento de la rentabilidad de las EMP.
8. Durante 2004-2005 se realizaron capacitaciones, se desarrollaron manuales y guías clínicas para un nuevo modelo de entrega de servicios. Esto permitió mayor preparación de las EMP para brindar servicios de salud, incluida la SR/PF.
9. Durante 2004-2005 se implementó un diagnóstico de los servicios de PF y del sistema logístico de las EMP, el cual permitió la actualización de la situación de las EMP y un conocimiento tangible de los avances a la fecha en el acceso a servicios de SR/PF.
10. En Mayo 2006 el Gobierno de Nicaragua anunció la expansión de la cobertura de salud al sector informal.

ELEMENTOS CLAVE PARA EL ÉXITO:

Los aspectos identificados que jugaron un papel importante son el liderazgo y la voluntad política de CANSALUD y del INSS que facilitaron en gran medida la implementación de acciones para sentar bases más sólidas que permitan aumentar el acceso a los servicios de PF. Otro elemento importante fue la voluntad del INSS para buscar estrategias innovadoras, con una visión integral para aumentar las opciones de financiamiento para las EMP, la revisión del sistema de capitación, fortalecer el proceso de certificación y el desempeño de las EMP, y al mismo tiempo sensibilizar a las EMP acerca de la importancia de brindar servicios de SR/PF.

RESULTADO:

Como producto de las intervenciones descritas anteriormente, se han sentado ciertas bases para impulsar los servicios de SR/PF y mejorar la sustentabilidad financiera y técnica de las EMP. Por ejemplo, en 2004 las EMP reportaron entrega de anticonceptivos correspondientes a 1,339 Años Protección Pareja (APP), es decir solamente estuvieron protegidas 1,339 usuarios en las EMP. En contraste, en el 2005 entregaron anticonceptivos equivalentes a 6,792 APPs, un aumento de 5,453

APPs que representa 5 veces más de lo entregado en 2004. Esto demuestra, en primer lugar, la disposición a promover los métodos anticonceptivos; y segundo, que la demanda de la población ha incidido en mayor uso de los servicios de planificación familiar.

RETOS A FUTURO:

La mejora en la entrega de servicios e insumos de PF, sumado a las mejoras en el sistema logístico son pasos importantes para incrementar el acceso a los servicios de PF a las usuarias afiliadas. Sin embargo, el INS y las EMPs aún enfrentan varios desafíos: (a) la extensión de cobertura del beneficio de planificación familiar al cónyuge del asegurado/a, (b) apoyar a las EMPs en la definición de mecanismos de adquisición eficientes (por ejemplo compra conjunta entre EMPs), y (c) implementar un sistema de información que normalice el flujo de datos logísticos esenciales de insumos a nivel de EMP e INSS. Otro aspecto fundamental es que exista voluntad política de la institución, sobretodo, tomando en cuenta que la demanda potencial es equivalente a 260,000 afiliadas aproximadamente - mujeres en edad fértil, según fuentes del INSS.¹⁸ Adicionalmente, será oportuno evaluar nuevas formas de brindar proactivamente los servicios e insumos de PF, tomando en cuenta la limitante del personal dedicado a la consejería y entrega de métodos. En el ámbito de políticas, normas y regulaciones, es necesario considerar que, al extender la cobertura al cónyuge del asegurado/a, se revise el marco normativo para asegurar que no existen barreras legales y operativas que limiten los servicios de PF.

¹⁸ Proyecto DELIVER. Diagnóstico de la situación de la prestación de los servicios de planificación familiar y del sistema logístico de anticonceptivos en las Empresas Médicas Previsionales. Nicaragua 2005

ESTUDIO DE CASO 4: INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE PARAGUAY

EL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE PARAGUAY INCLUYE LOS ANTICONCEPTIVOS EN LA LISTA BÁSICA DE MEDICAMENTOS.

ANTECEDENTES:

Paraguay es un país de ingresos medios (Banco Mundial, 2006, *Más allá del crecimiento económico*). La población asciende aproximadamente a 6 millones de habitantes, con 58% de residentes viviendo en ciudades (USAID, 2006). Alrededor del 33% vive bajo la línea internacional de pobreza (US\$2 por día), y el producto interno bruto per cápita se estima en US\$4,817 (Banco Mundial, 2006, *Indicadores Mundiales de Desarrollo*). Entre 1998 y 2004, la tasa global de fecundidad bajó de 4.3 a 2.9 hijos por mujer, mientras que la tasa de prevalencia de uso anticonceptivo aumentó de 57% a 73%. El uso de métodos modernos mostró importantes ganancias durante este período de 5 años, aumentando de 47 a 61% a nivel nacional, y de 41 a 55% en el área rural. No obstante estos avances, la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar (PF) en 2004 fue de 7%¹⁹ entre las mujeres en unión (ENDSSR, 2004). El sector privado juega un rol predominante en el mercado de anticonceptivos, y atiende al 61% de los clientes en 2004, del cual el 50% es atendido por farmacias. En 2004, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) cubrió el 27% del mercado de anticonceptivos, mientras que el Instituto de Previsión Social (IPS) cubrió el 2%. En cuanto a la inversión en salud del gobierno, disminuyó entre 1998 y 2004 de 46% a 34%²⁰, cuya tendencia podría afectar la capacidad del gobierno de mantener y aumentar su gasto para brindar los servicios e insumos de planificación familiar. Sumado a esto, las agencias de cooperación que tradicionalmente han donado anticonceptivos al Gobierno de Paraguay, están disminuyendo gradualmente las donaciones. En mayo de 2006, el Gobierno de Paraguay emitió la Ley No. 2907 de Aseguramiento Presupuestario de los Programas de Salud Reproductiva y Aprovechamiento de kits de parto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). Dicha ley asigna fondos para la compra de insumos para la SR, incluídos los anticonceptivos. El liderazgo de los y las parlamentarias del Congreso y del MSPBS fue un aspecto fundamental para la aprobación de esta ley sin precedentes, la que contribuirá a enfrentar gradualmente la disminución de las donaciones en los próximos años. Dicha ley además garantiza fondos suficientes para los insumos de salud reproductiva y los anticonceptivos, enfocando proyecciones de las necesidades futuras. En lo que concierne al IPS, la

¹⁹ Aunque la estimación original de la necesidad insatisfecha publicada en la ENDSSR 2004 fue 15%, el CDC ha realizado correcciones posteriores, lo que resultó en una necesidad insatisfecha menor a la publicada inicialmente en el reporte.

²⁰ Organización Mundial de Salud: <http://www.who.int/nha/country/pry/en/> Reporte de Cuentas Nacionales de Salud 1998-2004

ley también manda a incluir en su presupuesto los montos necesarios para responder a las proyecciones basadas en información del consumo de anticonceptivos de sus afiliados.

El Instituto de Previsión Social (IPS), fue creado a partir del Decreto Ley N° 17.071 del 18 de febrero de 1943. Su misión consiste en cubrir los riesgos de enfermedad, los riesgos profesionales o de trabajo (accidentes laborales y enfermedades profesionales) y los de invalidez, vejez y muerte de los trabajadores asalariados. Reciben sus beneficios solamente quienes están afiliados al ente. El IPS es la principal fuente de servicios de salud para aquellas personas que están empleadas formalmente. En 1998 y 2001, el IPS contabilizó el 17% y el 23% de los ingresos en salud respectivamente, pero solamente cubre el 14% de la población. Mediante una cuota de afiliación, el empleador paga el 6% y el asegurado cotizante (paga el 9%). El IPS cuenta con 98 servicios de salud distribuidos en todo el país, en clínicas periféricas, hospital central, hospitales regionales, unidades y puestos sanitarios²¹, pero localizados casi exclusivamente en ciudades y municipios.²²

Paraguay cuenta con el Consejo Nacional de Salud Reproductiva, y dentro de sus comités está el Comité para la DAIA que funciona desde el 2003. A la fecha, en el seno de este comité, varias organizaciones del sector público y privado han trabajado en conjunto y en 2006 desarrollaron un Plan DAIA autorizado por el Consejo Nacional de Salud Reproductiva y el Despacho Ministerial del MSPBS. Uno de los objetivos de este plan es lograr mayor equidad en la provisión de servicios de PF a la población mediante el apoyo al IPS para implementar intervenciones que mejoren el acceso a servicios de PF, y en particular, aumentar la cobertura a su población afiliada.

CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:²³

El IPS atiende solamente al 2.3% de los usuarios de planificación familiar (ENDSSR, 2004), y recibe los anticonceptivos gratuitamente del MSPBS. Se brinda consejería y servicios de planificación familiar solamente en 8 de los 98 establecimientos del IPS. Como consecuencia de esta oferta limitada, la mayoría de afiliadas van a farmacias y establecimientos del MSPBS. En años recientes el IPS ha demostrado compromiso para iniciar formalmente el programa de planificación familiar, y tiene planes de expandir los servicios a la mayoría de clínicas y hospitales en los próximos años. En el 2003 el Gerente de Salud y la Coordinadora del Programa de PF participaron en la primera reunión regional para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), a raíz de lo cual surgió el interés y compromiso por mejorar la oferta y cobertura de PF a las afiliadas. En relación a la compra de medicamentos e insumos médicos, el marco legal del IPS permite comprar solamente si aparecen en el Listado Básico de Medicamentos (LBM) llamado VADEMECUM. Entre los planes a corto plazo está nombrar un Jefe de Logística, tramitar fondos para las capacitaciones al personal en logística, consejería, y tecnología anticonceptiva, así como los trámites para firmar un Memorandum de Entendimiento entre UNFPA y el IPS para la compra de anticonceptivos.

EL DESAFÍO – CÓMO CREAR SINERGIAS INTERINSTITUCIONALES PARA LA COMPRA DE LOS INSUMOS DE PF:

A raíz del acercamiento y trabajo conjunto en el seno del Comité DAIA, el IPS determinó que uno de los pasos para oficializar el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, con el componente de PF,

²¹ Comunicación de Olga Fernández de Camé, IPS 25-5-2007

²² Diagnóstico para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos, Paraguay 2005

²³ Entrevista virtual con Olga Fernández de Camé, representante del IPS en el Comité DAIA

era incluir los anticonceptivos en el Listado Básico de Medicamentos (LBM). El siguiente paso sería definir el mecanismo de adquisición más efectivo, tanto a nivel local como internacional, tomando en cuenta los aspectos legales y jurídicos vigentes en el IPS para la compra de medicamentos. Un agente de compras internacional como el UNFPA presenta evidentes beneficios por la cotización de precios en el mercado internacional. Sin embargo, el proceso de compra a través del UNFPA tiene algunas dificultades jurídicas, por ejemplo, el pago anticipado. Ante esta limitante, el IPS está considerando la firma de un acuerdo con el MSPBS de proveer en préstamo los insumos de PF por un año (2007). Posteriormente el IPS espera recibir una partida presupuestal para comprar anticonceptivos, previo un estudio jurídico en relación a la viabilidad de comprar a través de UNFPA.

EL PROCESO—UN COMPROMISO PARA INCLUIR LOS ANTICONCEPTIVOS EN LA LISTA BÁSICA DE MEDICAMENTOS:

Desde el año 2005, el IPS inició la gestión para incluir los anticonceptivos (un oral, un inyectable, el dispositivo intrauterino y el condón) en el LBM. Se desarrolló un proyecto que fue aprobado por el Consejo del IPS, y simultáneamente se realizó la estimación de las usuarias cotizantes del IPS para luego determinar la cantidad de insumos anticonceptivos. Este ejercicio se hizo a partir de estadísticas de población del IPS, estimando cubrir 28,000 mujeres en edad fértil afiliadas (aproximadamente el 10% de las mujeres en edad fértil adscritas al IPS). Teniendo en cuenta estos cálculos el IPS procedió a licitar anticonceptivos en diciembre de 2006. Sin embargo, los precios presentados por los oferentes se consideraron altos y el IPS decidió analizar otras formas de adquisición, por ejemplo a través del UNFPA, quien es el agente de compras del MSPBS.

Instituto de Previsión Social del Paraguay (IPS):

Otro factor que ha jugado un papel importante es la aprobación de la ley de Aseguramiento Presupuestario de los Programas de Salud Reproductiva y Aprovechamiento de Kits de Parto (Ver Anexo 4), en cuyo contenido el IPS también es responsable de disponer de servicios e insumos de PF para su población adscrita.

ELEMENTOS CLAVE PARA EL ÉXITO:

La coordinación de diferentes actores en el seno del Comité DAIA ha desarrollado un sentido de trabajo en equipo y ha promovido sinergia para plantear nuevas soluciones y estrategias para alcanzar la DAIA. Un elemento fundamental ha sido el compromiso del personal de IPS para agilizar el trámite para incluir los anticonceptivos en el LBM o VADEMECUM. Además, el IPS incluyó en la estructura orgánica la Dirección de Medicina Preventiva y Programas de Salud, la cual ha empezado los procesos que permitan lograr un mejor acceso a las afiliadas del IPS.

Otro factor que ha jugado un papel importante es la aprobación de la ley de Aseguramiento Presupuestario de los Programas de Salud Reproductiva y Aprovechamiento de Kits de Parto (Ver Anexo 4), en cuyo contenido el IPS también es responsable de disponer de servicios e insumos de PF para su población adscrita.

RESULTADO:

El IPS se ha adelantado en incluir los anticonceptivos en el LBM, lo cual tiene dos efectos positivos. El primero consiste en que los anticonceptivos ya forman parte oficial de los medicamentos del IPS; y segundo, el IPS está listo para realizar, por primera vez, la compra de anticonceptivos con recursos propios, a través del mecanismo de adquisición más efectivo, uno de los cuales sería el UNFPA como agente de compras.

RETO A FUTURO:

Se espera que al iniciar la compra de insumos anticonceptivos con fondos propios, el IPS aumente el acceso a servicios de PF a sus afiliados y afiliadas y en consecuencia, incremente la cobertura. Esto representa a futuro un reto y un potencial a la vez. Es un reto para asignar recursos humanos, técnicos y financieros a fin de capacitar en los temas de logística, consejería, tecnología anticonceptiva para brindar servicios de PF de calidad. Además, sería oportuno institucionalizar el programa de SR/PF mediante un acuerdo oficial. Es un potencial porque al disponer de insumos anticonceptivos podrán ampliar la cobertura de PF a las afiliadas y beneficiarias adscritas al IPS, quienes recibirían sus servicios en las clínicas y hospitales del IPS en vez de acudir al MSPBS o el sector ONGs y farmacias. Al atraer a la población derechohabiente del IPS para que reciban los servicios e insumos de PF, se evitará la duplicidad en la inversión de los recursos de los trabajadores y empleadores adscritos al IPS. Igualmente, se espera que este avance alivie la carga financiera que está asumiendo actualmente el MSPBS, al cubrir a las usuarias y usuarios de PF que son beneficiarios del IPS, pero que obtienen los métodos anticonceptivos a través de los servicios del MSPBS.

ESTUDIO DE CASO 5: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

EL SISTEMA LOGÍSTICO ESTÁ ALTAMENTE DESCENTRALIZADO, PERO LA FUNCIÓN RECTORA PARA LAS COMPRAS SE MANTIENE CENTRALIZADA.

ANTECEDENTES:

La población de México asciende aproximadamente a 107 millones de habitantes en 2006, y se estima que se incrementará en 1.1 millones de personas en 2007, pues crece con una tasa anual de 1% (Estimaciones del Consejo Nacional de Población- CONAPO). De acuerdo con un análisis realizado por el CONAPO a la tasa de crecimiento poblacional actual, México se dirige hacia la última etapa de la transición demográfica, que es el tránsito de un régimen con niveles elevados de mortalidad y fecundidad hacia otro de niveles bajos y controlados. La esperanza de vida es de 75.4 años; 73 para los hombres y 77.9 para las mujeres; y la tasa de mortalidad infantil anual se redujo de 23 a 19 defunciones de menores por cada mil nacidos vivos entre 2000 y 2005, una disminución de 19 por ciento. Además, la tasa global de fecundidad es de 2.4 hijos por mujer²⁴, y 74.5% de las mujeres en edad reproductiva usan algún método anticonceptivo. (Estimaciones CONAPO 2000). El CONAPO está a cargo de diseñar los programas de población y educación de México. Asimismo, promueve y lleva a cabo investigaciones demográficas y sociales. Además de contar con una secretaría central, el CONAPO funciona de manera descentralizada a través de sus Consejos Estatales de Población (COESPO) que reciben apoyo financiero de los Estados.

La base constitucional del instituto de seguridad social en México se encuentra en el artículo 123 de la Constitución Mexicana promulgada el 5 de febrero de 1917. Ahí se declara "de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares". En 1942, cuando confluían todas las circunstancias favorables para que finalmente pudiera implantarse en México el Seguro Social, el Presidente Manuel Ávila

México ha tenido políticas de población explícitas a partir de la década de 1940, y el Estado ha demostrado continuidad en las políticas y estrategias programáticas para garantizar el acceso a servicios de planificación familiar de una forma libre, responsable e informada. Estos servicios son brindados principalmente por el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSTE) y la Secretaría de Salud (SSA).

²⁴ <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00salud.htm>

anunció la creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y la encomendó a quien fuera Secretario de Gobernación del régimen anterior. El Congreso aprobó la Iniciativa de Ley y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social. Ahí se determina, desde los artículos iniciales, que la finalidad de la seguridad social es garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Como instrumento básico de la seguridad social, se establece el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.²⁵ El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) brinda servicios sociales a los empleados del sector privado y las poblaciones necesitadas que se radican tanto en las zonas urbanas (IMSS) como rurales (IMSS-Solidaridad). A diferencia de otros países de Latinoamérica, México es el único país que cuenta también con El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que presta servicios a los empleados del gobierno.

Durante varias décadas, la Secretaría de Salud y el IMSS recibieron apoyo de la cooperación internacional para mejorar sus cadenas de suministros. Se brindaron extensas capacitaciones en gestión logística, estimación de necesidades, acondicionamiento de almacenes, y adaptación a la descentralización. Entre 1992 y 1995, el Gobierno Mexicano aumentó su participación en la compra de anticonceptivos del 25 a casi el 100 por ciento. A finales de 1999, todas las instituciones del sector público ya compraban todo su inventario de suministros de anticonceptivos.

El régimen obligatorio del IMSS comprende los seguros de riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; y guarderías y prestaciones sociales. La asignación del presupuesto es centralizada y el control del presupuesto también, lo cual en alguna medida promovió la estabilidad de los servicios de PF y el sistema logístico antes y después del plan de disminución de donaciones de anticonceptivos. La misión del IMSS consiste en brindar un rango amplio de beneficios de salud, sociales y económicos para la población a la que sirve. Los programas del IMSS, que son coordinados a nivel nacional por el Distrito Federal de México, se encuentran descentralizados a través de 37 delegaciones que brindan la administración básica de las clínicas del Instituto. Con excepción del Distrito Federal de México el cual tiene cuatro delegaciones, y el Estado de Veracruz que tiene dos, hay una delegación en cada uno de los estados mexicanos. Los ingresos del IMSS provienen de cuotas obrero patronales (73%), del gobierno federal (21.6%), y otros ingresos (5.4%) (Año 2002). Según el Informe de ejecución 2003-2004 del Programa Nacional de Población 2001-2006, el IMSS cubre aproximadamente a 42 millones de derechohabientes y a casi once millones de personas adscritas al Programa IMSS-Solidaridad. De acuerdo con estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en 2006 la población económicamente activa ascendía a 59.1 millones.²⁶

CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL IMSS:

Los servicios de PF se iniciaron formalmente en el año 1976, con la creación de la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, sin embargo, los registros del IMSS ubican el inicio de la prestación de servicios de protección anticonceptiva en el año 1972. Se ofrecen servicios de PF en prácticamente todas las clínicas del IMSS, es decir, en las clínicas de primer nivel de atención o consulta externa. En el segundo nivel o servicios de hospitalización, se otorgan consultas

²⁵ IMSS. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud Reproductiva. Documento de elaboración propia. P. 1.

²⁶ Numeralia del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
<http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/acerca/inegi324.asp?c=324#siete>

especializadas y allí existen algunos hospitales que no cuentan con servicios de Ginecología y Obstetricia. En ellos no se otorgan servicios de planificación familiar en hospitalización. El IMSS atiende a cónyuges de trabajadoras/os afiliadas/os. Otras/os beneficiarias/os son los hijos/as, aún cuando cumplen mayoría de edad (a los 18 años) pero continúan estudiando. El trabajador puede beneficiar a sus padres si demuestra que son sus dependientes económicos.

La mayor parte de los servicios de planificación familiar en México los brinda el IMSS. En 2006 el 43% de las usuarias de PF eran atendidas en las clínicas del IMSS, de IMSS-Solidaridad, y el ISSTE seguido por la Secretaría de Salud (SSA) con 26%, las farmacias con un 13%. (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)).²⁷ Según las estadísticas del IMSS (2004), se estima que la población adscrita de mujeres unidades en edad fértil (MUEF) asciende a 9,671,476 de las cuales el 62% son usuarias activas de PF (aproximadamente 5,974,362 MUEF).²⁸ En términos de la adquisición de anticonceptivos, desde finales de los años 80, el IMSS ha comprado una gama amplia de anticonceptivos con recursos propios y en el caso de los anticonceptivos donados por USAID, el IMSS comenzó en 1990 a adquirir gradualmente un porcentaje importante de esos insumos con recursos propios, siendo así que el volumen de la inversión ha aumentado de 17.8 millones de pesos en 1995 a 52.4 millones de pesos en 2002.²⁹

México ha abordado de una forma muy distinta el aseguramiento de los anticonceptivos dentro de su sistema de seguridad social mientras que la mayoría de los países se han enfocado en la creación de leyes, México no ha tenido necesidad de ello; más bien los anticonceptivos se consideran como parte de un programa prioritario dentro del IMSS. Los

Los anticonceptivos no forman parte de un listado de medicinas esenciales, pero sí se incluyen en lo que se considera un programa prioritario o “especial”, como lo es el Programa de Planificación Familiar del IMSS.

anticonceptivos no forman parte de un listado de medicinas esenciales, pero sí se incluyen en lo que se considera un programa prioritario o “especial”, como lo es el Programa de Planificación Familiar del IMSS. De este modo, se les otorga un presupuesto especial y un seguimiento con la misma calidad, vigilando se compren las cantidades programadas y se cubra la demanda real. A diferencia de otros insumos, se puede considerar que no existe desabastecimiento de estos insumos en el IMSS.³⁰

Tradicionalmente, el programa de planificación familiar del IMSS ha sido un programa más vertical y centralizado que el de la SSA; con supervisión y administración centrales. Tanto el IMSS como el ISSTE obtienen anticonceptivos principalmente de proveedores locales. No obstante, recientemente, el IMSS descentralizó la adquisición de anticonceptivos al nivel local. El proceso funciona de la siguiente manera: cada unidad médica familiar (UMF) es responsable de calcular las necesidades basándose en los insumos existentes y el consumo; las instalaciones de salud envían sus necesidades al nivel delegación; y cada delegación adquiere los insumos directamente de proveedores locales. El proveedor seleccionado entrega los productos directamente al almacén delegacional.

El IMSS consideró unirse a la SSA para utilizar el mecanismo de adquisición coordinada del UNFPA, pero finalmente decidió no hacerlo. El IMSS no confiaba en un proceso de adquisición de larga duración, y temía a las faltas de existencias que podría crear porque los costos de distribución no están incluidos en los precios del UNFPA. Sin embargo, el IMSS sigue presionado para mejorar

²⁷ Datos Preliminares: Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) con base a la ENADID 2006.

²⁸ Principales indicadores del Programa de Planificación Familiar, IMSS 2002 Cobertura de usuarias nuevas. <http://www.imss.gob.mx/ventunica/memoria2002/me2002/ME%202002/Capitulo%20IV.htm>

²⁹ Presentación de la *Planificación Familiar en México, el sistema logístico del IMSS y la autosuficiencia en la adquisición de anticonceptivos*, en Taller DAIA en Nicaragua, 2003.

³⁰ IMSS, Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Salud Pública, Datos 2004.

la transparencia del proceso de adquisición, ya que ha recibido críticas por adquirir demasiados medicamentos de empresas farmacéuticas multinacionales.

EL DESAFÍO—LA COMPRA EFICIENTE DE INSUMOS EN MEDIO DEL RETIRO DE DONANTES Y EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN:

En la misma forma que han enfrentado otros países el cese gradual de donaciones de anticonceptivos, a mediados de la década de los '90, las instituciones del sector público de México, incluido el IMSS, debían financiar los anticonceptivos y además buscar alternativas costo-eficientes para adquirirlos, en medio de un sistema de salud altamente descentralizado hacia los Estados.

EL PROCESO – UN PLAN DE SOSTENIBILIDAD POR ETAPAS PARA MANTENER LA COMPRA EFICIENTE DE INSUMOS:

Los esfuerzos encaminados hacia la *sostenibilidad* del programa de planificación familiar y en particular de la adquisición de insumos anticonceptivos en un ambiente descentralizado, se impulsaron a través del Programa de Salud Reproductiva del IMSS, habiendo implementado varias actividades y decisiones estratégicas clave para institucionalizar la logística de anticonceptivos en todas las delegaciones del país, pero manteniendo la rectoría de los lineamientos en el nivel central.

A continuación se describen los pasos claves para la sostenibilidad del proceso de compra de los insumos anticonceptivos:

- Otorgamiento de la categoría de prioritario al programa de Planificación Familiar y sus insumos.
- Propuesto especialmente etiquetado para la adquisición de insumos anticonceptivos.
- Gestión del compromiso de todas las áreas involucradas en el abasto de anticonceptivos
- Promoción del desarrollo tecnológico y establecimiento de fabricantes nacionales para producir los diversos insumos anticonceptivos, garantizando la calidad del producto, siguiendo estándares internacionales y creando un mercado significativo de productos genéricos para el sector público, que disminuyen los costos unitarios. Ver lista del Anexo 4, donde se detallan los fabricantes de anticonceptivos locales
- Implantación de una metodología sistemática y precisa para la proyección de requerimientos
- Integración de equipos especializados en la licitación y adquisición de insumos anticonceptivos
- Reorganización del sistema logístico con la creación de un área de programas especiales para administrar el abasto de anticonceptivos con funciones de distribución desconcentradas y presupuesto propio. El Programa de Regulación del Sistema Logístico de Productos Anticonceptivos regula y vigila el desempeño de la cadena de suministros en 4 regiones con 37 delegaciones.
- Reorganización de los métodos de control y movimiento de insumos en el sistema de abasto.
- Re-estructuración del sistema de transporte: de vehículos institucionales a transportistas privados (tercerización del transporte).
- Inicio de la modernización del sistema logístico de información con la primera red de faxes y estaciones de trabajo comunicadas vía telefónica.
- Durante todo el proceso, cada etapa se sustentó en un sistema de información cada vez más consolidado, y que constantemente buscaba la modernización, incorporando el SIAL del programa de PF dentro del Sistema Nacional de Suministros del IMSS.

ELEMENTOS CLAVE PARA EL ÉXITO:

México ha tenido políticas de población explícitas a partir de la década de 1940³¹ y el Estado ha demostrado continuidad en las políticas y estrategias programáticas para garantizar el acceso a servicios de planificación familiar de una forma libre, responsable e informada. Sobre todo, estas políticas y estrategias se han implementado con un liderazgo y compromiso fuerte de las instituciones del Estado, particularmente el IMSS, el ISSSTE y la SSA. El proceso de sostenibilidad de la compra de anticonceptivos del IMSS se desarrolló en varias etapas y para alcanzar el objetivo deseado se combinaron una gama de factores clave que se mencionan a continuación:

- Sistema logístico sólido: la implementación del programa de Regulación del Sistema Logístico le dio la estructura al programa de PF para garantizar la disponibilidad de insumos anticonceptivos en las UMF.

³¹ Consejo Nacional de Población <http://www.conapo.gob.mx/transparencia/lgp.pdf>. En 1974 Nueva Ley abroga a la Ley de Población del 23/XII/47 y sus posteriores reformas. Aparece publicada bajo el nombre: Ley General de Población.

- La institucionalización: Generar el compromiso real de todas las áreas involucradas: el área médica, la financiera, la administrativa, la de abasto, es esencial para asegurar la adquisición de los anticonceptivos.
- Sinergia con el sector privado: Asegurar con el sector privado esfuerzos compartidos mediante la desincorporación del transporte a transportistas privados. Esto promovió el sentido de beneficio mutuo y complementariedad de roles entre el sector público y el privado.
- El apoyo financiero y la canalización de recursos para la compra de anticonceptivos.
- Integración de equipos capacitados: el desarrollo de habilidades para la gestión del proceso de compra y el manejo del sistema logístico.
- El apoyo político por parte de los actores clave durante todas las etapas del proceso.
- Apoyo tecnológico para modernizar el sistema de información, lo que garantizó la recolección de la información esencial para la estimación de requerimientos.

EL RESULTADO:

En medio de un sistema de salud altamente descentralizado hacia los Estados, el IMSS mantuvo la rectoría de las compras de anticonceptivos para que el proceso fuese costo efectivo. El IMSS realiza las compras en una forma sistemática, a través de proveedores locales (Ver Anexo 6). Estas compras están apoyadas en un sólido sistema de información logística que promueve la transparencia en el manejo de las compras y de los recursos.

RETOS A FUTURO:

Será necesario que el IMSS continúe fortaleciendo y transparentando los procesos dentro del sistema logístico de anticonceptivos, para mantener los resultados alcanzados en la eficiencia de las compras de insumos anticonceptivos y tratar de disminuir costos en la compra de los mismos. Igualmente, es importante identificar las sinergias con otras instituciones públicas y privadas (SSA, ONGs, etc.) que prestan servicios a la población abierta, para evitar la duplicación de esfuerzos y recursos, como es el caso de la cobertura a la población abierta por parte de la SSA e IMSS-Solidaridad.

CONCLUSIONES

En la actualidad, los institutos de seguridad social en Latinoamérica han desempeñado un papel modesto en la provisión de servicios de planificación familiar dirigidos a la población afiliada y beneficiaria (cónyuges de afiliados)—con la excepción de México. El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) otorga más prioridad a la planificación familiar y a los anticonceptivos, como lo demuestran los resultados de la última encuesta (2003) y el porcentaje de MUEF adscritas que reciben servicios de PF (Ver Anexo 5). El resto de los países deben seguir preparándose para dar respuesta a la población adscrita actual y el aumento en la cobertura de la población en el futuro, a medida que aumente la población económicamente activa.

No obstante los retos que quedan pendientes, el estudio de casos evidencia que los institutos de seguridad social han tenido avances importantes y han implementado prácticas exitosas para mejorar el acceso y la cobertura de los servicios de planificación familiar en el futuro. En esta sección se presentan los factores de éxito comunes que sobresalen del estudio de los cinco países: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, México y Paraguay. Algunos de los elementos comunes que se destacan son el compromiso para aprobar políticas nacionales favorables a la PF, el intercambio de información para el cambio de políticas y estrategias, la influencia de agentes de cambio dentro de los institutos y de la sociedad civil. A continuación se detallan dichos elementos comunes y conclusiones para la reflexión.

CONSIDERAR EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR COMO UN PROGRAMA PRIORITARIO GARANTIZA EL FINANCIAMIENTO PARA LA COMPRA DE LOS INSUMOS

El caso del IMSS en México es un modelo a seguir para el resto de institutos de seguridad social, en el sentido que el gobierno considera el Programa de Planificación Familiar un programa prioritario o “especial”. Por consiguiente, aunque los anticonceptivos no forman parte de un listado de medicinas esenciales, se les otorga un presupuesto especial y un seguimiento con la misma calidad, vigilando que se compren las cantidades programadas y se cubra la demanda real.

EL USO EFECTIVO DE LA INFORMACIÓN INFLUYE POSITIVAMENTE EN LAS POLÍTICAS A FAVOR DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En los casos estudiados las fuentes de información disponibles - tales como estudios de costo-beneficio, estudios de segmentación del mercado basado en las encuestas demográficas y de salud jugaron un papel importante para la toma de decisiones en el cambio de políticas y estrategias. Por ejemplo, en El Salvador, el ISSS al conocer los precios competitivos del UNFPA está convencido de los ahorros que le representará la compra de anticonceptivos mediante un convenio entre el MSPAS-ISSS para trasladar los fondos al UNFPA. Uno de los argumentos más efectivos que se ha utilizado para redactar dicho convenio son los ahorros sustanciales que obtienen ambas instituciones al usar al UNFPA como agente de compras. En Guatemala, el IGSS ha hecho uso efectivo y a todo nivel —operativo, técnico y político— de la información sobre el costo de los servicios de PF donde se

demuestra que por cada dólar invertido en PF, el IGSS ahorra US\$6.27 en atenciones materno infantil por complicaciones hospitalarias de embarazos de alto riesgo, muy seguidos y/o no deseados. En Paraguay, la participación comprometida del IPS en foros regionales y en el Comité DAIA generó la sensibilización para iniciar el proceso de inclusión de los anticonceptivos en la Lista Básica de Medicamentos y en la compra local (por ahora) de los anticonceptivos.

EL COMPROMISO POLÍTICO ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA EL PAÍS Y LA SOCIEDAD INFLUYEN EN LA APROBACIÓN DE POLÍTICAS Y NORMAS FAVORABLES HACIA LA PF

Cuando los países demuestran un compromiso genuino, una visión compartida y continua del más alto nivel gubernamental respecto de la importancia de brindar los servicios de planificación familiar, existen más probabilidades de contar con recursos financieros y humanos para implementar las políticas favorables hacia la SR y la PF.

Por ejemplo, en Guatemala, el apoyo de las mujeres parlamentarias y de los grupos de mujeres desde la sociedad civil influyó para que la Junta Directiva del IGSS firmase el acuerdo que aprobó oficialmente el programa de PF en el IGSS. También fue necesario el diálogo permanente en las diferentes instancias del IGSS para agilizar el proceso interno que incluyó varios análisis legales, administrativos, financieros y logísticos para la firma del acuerdo.

En Paraguay, por ejemplo, la sensibilización y el conocimiento de los parlamentarios logró la aprobación de la Ley de Aseguramiento de Kit de Partos y otros insumos de salud reproductiva, que incluye la responsabilidad del IPS de brindar servicios e insumos de SR y PF a sus afiliados y beneficiarias.

En el caso del IMSS en México, donde el Estado ha tenido políticas de población explícitas a partir de la década de 1940, el Estado y las instituciones públicas (SSA y el IMSS) han demostrado continuidad en las políticas y estrategias programáticas para garantizar el acceso a servicios de planificación familiar de una forma libre, responsable e informada.

ENCUENTROS REGIONALES HAN PROPICIADO EL COMPROMISO PARA REALIZAR CAMBIOS DE POLÍTICA EN LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE PF

Los institutos de seguridad social que han participado en los foros regionales de la DAIA han mostrado un interés proactivo en los planes de seguimiento en sus países y han empezado a ser miembros activos de los comités DAIA. Esto ha permitido que se genere un mayor diálogo, intercambio de información y un compromiso más sólido basado en estudios de segmentación del mercado y en la definición de políticas que promuevan un incremento en la cobertura de los servicios e insumos de PF.

Como resultado de los foros regionales, con la excepción de México, la coordinación en el seno del Comité DAIA jugó un papel importante en el desarrollo de un sentido de trabajo en equipo y ha promovido sinergias para plantear nuevas soluciones y estrategias para alcanzar la DAIA. Por ejemplo, un elemento fundamental en Paraguay ha sido la participación del IPS en el comité DAIA y el compromiso para agilizar el trámite para incluir los anticonceptivos en el LBM.

EL LIDERAZGO, CONOCIMIENTO TÉCNICO Y EL COMPROMISO POLÍTICO DEL PERSONAL DE LOS INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL AGILIZAN LOS PROCESOS PARA EL CAMBIO

Los agentes de cambio constituyen la fuerza que impulsa los procesos de política y gerencia para crear mejores condiciones en la provisión de servicios e insumos de PF. Por ejemplo, en Nicaragua, el liderazgo y voluntad política de CANSALUD y del INSS facilitaron en gran medida la implementación de acciones innovadoras para mejorar el acceso a recursos financieros por parte de las EMP, y al mismo tiempo permitió sensibilizar acerca de la importancia de brindar servicios preventivos, como la PF. Otro aspecto importante fue la voluntad del INSS para buscar nuevas estrategias, con una visión integral para mejorar la capacidad clínica y financiera de las EMP. En Guatemala, el IGSS, logró un resultado importante con la firma del acuerdo que oficializa la provisión de servicios de Salud Reproductiva como parte del paquete de prestaciones materno infantil. En Paraguay, el compromiso hacia la PF demostrado por las personas que participan en el comité DAIA facilitó el proceso para oficializar los insumos anticonceptivos al incluirlos en la Lista Básica de Medicamentos.

AÚN PERSISTEN BARRERAS OPERATIVAS QUE LIMITAN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS FAVORABLES A LA PF Y EL ACCESO REAL A LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En el caso de Guatemala, en los próximos años el IGSS enfrenta el reto de aumentar significativamente la cobertura de servicios de PF a partir del 2006 - después de la oficialización de los servicios de PF (Acuerdo Gubernativo 1165). Esto no se ha logrado durante 2006 y parte del 2007 debido a que aún existen algunas barreras legales y administrativas a los servicios de PF. Por ejemplo, el personal de las clínicas no ha recibido el manual de normas que opera la provisión de servicios de PF, una de las causales de que el consumo no haya aumentado significativamente. Además, las beneficiarias (cónyuges de afiliados), que representan la mayoría de mujeres en edad fértil atendidas por el IGSS, después de los 45 días post-parto son trasladadas al programa de Enfermedad Común, y luego deben renovar la constancia de trabajo del cónyuge cada seis meses. En el área metropolitana el programa de Enfermedad Común no incluye los servicios de PF. Esto significa que en el área metropolitana, donde se concentra la población beneficiada (mujeres afiliadas y beneficiarias) no tienen acceso a los servicios de PF después de los 45 días post-parto. Es importante que los encargados del programa de PF/SR en el IGSS presenten a la Junta Directiva las limitantes legales existentes para operar el acuerdo de Junta Directiva, y propongan una solución para armonizar el acuerdo 1165 con el resto de los acuerdos del marco legal del instituto.

RETOS A FUTURO Y RECOMENDACIONES

Los resultados del estudio de casos confirman que el nivel de servicios de planificación familiar brindados por los institutos de seguridad social a sus afiliadas y beneficiarias ha sido modesto (excepto México). Para alcanzar una disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos se requieren estrategias innovadoras para disminuir la inequidad en la provisión de servicios de planificación familiar entre los distintos proveedores: ministerios de salud, los institutos de seguridad social, las farmacias comerciales, los proveedores privados de servicios de salud y las ONG. Los estudios de caso reflejan algunos retos que los institutos de seguridad social en América Latina deben enfrentar en el corto y mediano plazo. En este espacio resumimos algunos aspectos que pueden facilitar la implementación de políticas nacionales para ampliar la cobertura de la PF a la población adscrita en los institutos de seguridad social.

GARANTIZAR EL DERECHO DE LA PF A TODA LA POBLACIÓN ADSCRITA A LOS INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Garantizar el derecho de los y las afiliadas y sus cónyuges, mediante su inclusión explícita en los paquetes de beneficios de los institutos de seguridad social durante toda su vida reproductiva. Al tomar esta decisión es importante revisar el marco normativo para asegurar que no existen barreras de tipo operativo para que esto sea una realidad.

Asimismo, analizar el mecanismo establecido por el IMSS a través del programa de IMSS-Solidaridad y considerar su implementación en otros países, para garantizar cobertura a la población abierta y minimizar las posibilidades de no cobertura para la población económicamente activa.

Igualmente, considerar la ampliación de cobertura de los institutos de seguridad social a poblaciones como el servicio doméstico en los países mencionados, ya que la gran mayoría de las muertes maternas se presentan en este segmento de población, y también representan un segmento importante de la población atendida por los Ministerios de Salud.

DESARROLLAR UN PLAN DE MEJORA E INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PF Y LA LOGÍSTICA DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS

Los institutos de seguridad social pueden planificar y diseñar estrategias para la extensión de cobertura de PF. Al desarrollar un plan de mejora se propone considerar los siguientes temas:

- Abogacía y campañas de IEC: Realizar campañas de comunicación para informar a los prestadores de servicios y a la población sobre la oferta de servicios de PF.
- Subcontratación de terceros: Considerar sub-contratar los servicios de planificación familiar a las empresas privadas (hospitales privados, ONGs) y establecer acuerdos con empresas como las

maquilas y las asociaciones cafetaleras y azucareras para brindar estos servicios a los empleados afiliados a los institutos de seguridad social.

- Un sistema logístico eficiente: Asegurar que exista un sistema logístico funcionando eficientemente, con el fin de mejorar la disponibilidad de los anticonceptivos en los establecimientos de prestación de servicios al usuario.
- Mapeo y análisis de procesos: Agilizar los procesos operativos para implementar las políticas favorables a la PF. Por ejemplo eliminar procesos burocráticos y legales que impidan la provisión del servicio, actualizar y disseminar las normas para que las clínicas y hospitales de los institutos de seguridad social brinden los servicios en forma oportuna y con calidad.

ASEGURAR RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS PARA BRINDAR SERVICIOS E INSUMOS DE PF A TODA LA POBLACIÓN ADSCRITA EN LOS INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Garantizar que el presupuesto –centralizado o descentralizado- incluya un procedimiento institucionalizado para asignar recursos humanos y financieros para el programa de PF para la gerencia del programa y en las unidades de atención, que incluya fondos para la compra de anticonceptivos y el funcionamiento del sistema logístico.

IDENTIFICAR PROCESOS OPERATIVOS QUE LIMITAN O FACILITAN LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS NACIONALES E INSTITUCIONALES FAVORABLES A LA PF

Revisar el reglamento orgánico de los institutos e identificar cuáles son las barreras institucionales (administrativas y legales), o las contradicciones regulatorias que limitan el acceso a los servicios de PF por parte de las y los afiliados y sus cónyuges, y los mecanismos legales necesarios para eliminar dichas barreras. Para esto se requiere destinar tiempo y esfuerzos para el mapeo de procesos, identificar cuellos de botella y puntos de mejora, y agilizar los procesos legales y administrativos que eliminen las barreras al acceso de la PF.

MAYOR INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN Y EXPERIENCIAS ENTRE LOS INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Se propone un mayor intercambio entre los institutos de seguridad social en América Latina para compartir lecciones aprendidas y mejores prácticas para resolver retos comunes, por ejemplo, solventar las limitaciones legales para comprar insumos a través de UNFPA. El estudio de casos evidenció que un mayor intercambio de información entre los miembros de un comité DAIA o en los foros regionales propicia más conocimiento acerca de la importancia de la PF. Para promover este intercambio se pueden realizar foros virtuales, visitas de intercambio entre los países y disseminación escrita de experiencias, como las que se resumen en este documento.

REALIZAR Y DISEMINAR ANÁLISIS FINANCIEROS Y DE COSTO BENEFICIO DE BRINDAR SERVICIOS PREVENTIVOS COMO LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La mayoría de los institutos de seguridad social reciben recursos financieros superiores al de los ministerios de salud, pero su oferta de servicios no cubre el 100% de la demanda de servicios de PF

de las y los afiliados y sus cónyuges. En este sentido se recomienda analizar el presupuesto de gobierno, de los institutos de seguridad social, y el costo beneficio de brindar servicios preventivos como la planificación familiar. A partir de estos análisis se pueden tomar decisiones para readecuar el presupuesto y priorizar la PF, además diseñar campañas públicas donde participe la sociedad civil a través de un diálogo constructivo con los institutos de seguridad social, a fin de consensuar estrategias para que los institutos de seguridad social cubran la demanda de sus afiliados y cónyuges.

REFERENCIAS

- Avendaño, Nestor. *Análisis: ¿Seguridad Social para quién? Costos y obstáculos de la seguridad social en Nicaragua*. 2002.
- Banking on Health Project. *Presentación "Fortaleciendo la contratación del sector privado en Nicaragua"*. 2002.
- Comisión Nacional de Población de México. *Cifras y Estadísticas Estimaciones 2000-2006*. <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00salud.htm>
- Comité de la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos de Nicaragua (DAIA), Abramson, Wendy B., Sharon Soper, Leslie Patykewich, Ali Karim, David Sarley. 2005. *Estudio de la Segmentación del Mercado de Nicaragua*. Arlington, Virginia: John Snow, Inc./DELIVER para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
- DELIVER. 2005. *Diagnóstico de la situación de la prestación de los servicios de planificación familiar y del sistema logístico de anticonceptivos en las Empresas Médicas Previsionales: Nicaragua*. Arlington, Va.: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
- Dirección de Prestaciones Médicas, Unidad de Salud Pública, Coordinación de Salud Reproductiva. Instituto Mexicano del Seguro Social. Datos 2004.
- Encuesta Nacional de Salud Familiar de El Salvador (FESAL) 2002/2003. Asociación Demográfica Salvadoreña y otros. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention.
- Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 2002. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE). 2002. Guatemala: Impreso en Editorial Óscar de León Palacios.
- <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/acerca>
- <http://www.mintrabajo.gob.gt/mtps/estadistica/cuadro38.html>
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Organización y Cobertura de los Servicios de Salud del IGSS. <http://www.igssgt.org/index.php>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México Numeralia
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001 (ENDESA). Calverton: ORC Macro/MEASURE DHS.
- Instituto Salvadoreño de Seguridad Social. Estadísticas de Salud ISSS 2004, Cuadro 1, Página 6, <http://www.iss.gov.sv/descargables.htm>;
<http://www.iss.gov.sv/comunicaciones/seguridadsocial.htm>
- Instituto Salvadoreño de Seguridad Social. Reporte de usuarias de planificación familiar 2006.
- Jaramillo, Luigi, y Ricardo Valladares. 2006. *Segmentación del Mercado de Servicios de Planificación Familiar en Guatemala*. USAID/Calidad en Salud para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
- Ministerio de Trabajo y Previsión Social de El Salvador. Estadísticas 2004
http://www.mtps.gov.sv/imagenes/estadisticas/2004/Modulo3/CUADRO_3.1.1.pdf

Ministerio de Trabajo y Previsión Social de Guatemala. Estadísticas

Organización Mundial de la Salud, 2005 Indicadores Seleccionados del Gasto en Salud en países de Latinoamérica <http://www.who.int/whosis/en/>

Organización Mundial de Salud (OMS): <http://www.who.int/nha/country/pry/en/> Reporte de Cuentas Nacionales de Salud 1998-2004

Presentación de la Planificación Familiar en México, el sistema logístico del IMSS y la autosuficiencia en la adquisición de anticonceptivos, en Taller DAIA en Nicaragua, 2003

Principales indicadores del Programa de Planificación Familiar, IMSS 2002 Cobertura de usuarias nuevas.

<http://www.imss.gob.mx/ventunica/memoria2002/me2002/ME%202002/Capitulo%20IV.htm>

Quesada, Nora, Cynthia Salamanca, Juan Agudelo, Patricia Mostajo, y Varuni Dayaratna. 2005. *Diagnóstico para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos: Paraguay*. Arlington, Va.: DELIVER, y Washington, DC: POLICY II, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Sarley, David, Varuni Dayaratna, Wendy Abramson, Jay Gribble, Nora Quesada, Nadia Olson, y Verónica Siman Betancourt. 2006. *Opciones para la Adquisición de Anticonceptivos: Lecciones Aprendidas en Latinoamérica y el Caribe*. Arlington, Va.: DELIVER, y Washington, DC: USAID | Iniciativa de Políticas en Salud, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Secretaría de Salud de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-UNAM 2006

Uribe, Bernardo, Anthony A. Hudgins, Wendy Abramson, Leslie Patakewich, Nora Quesada, David Sarley. 2006. *Paraguay Market Segmentation Analysis*. Arlington, Va.: John Snow, Inc./DELIVER, for the U.S. Agency for International Development.

OTROS RECURSOS

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

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).

Agudelo, Juan, Cristian Morales, Nora Quesada, David Sarley, Wendy Abramson, Jay Gribble, Carlos Lamadrid, Nadia Olson, Varuni Dayaratna, y Verónica Siman Betancourt. 2006. *Políticas, Prácticas y Opciones para la Adquisición de Insumos Anticonceptivos: Nicaragua*. Arlington, V.A.: DELIVER y Washington, DC: USAID | Iniciativa de Políticas en Salud OT1, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Agudelo, Juan, Varuni Dayaratna, Cristian Morales, Nora Quesada, David Sarley, Wendy Abramson, Jay Gribble, Carlos Lamadrid, Nadia Olson, y Verónica Siman Betancourt. 2006. *Políticas, Prácticas, y Opciones para la Adquisición de Insumos Anticonceptivos: República Dominicana*. Arlington, Va.: DELIVER, y Washington, D.C.: USAID | Iniciativa de Políticas en Salud OT1, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

- Beith, Alix, Nadia Olson, y Wendy Abramson. 2007. *Armonización Regulatoria en Centroamérica: Cómo Puede Impactar la Armonización en la Adquisición Regional de Anticonceptivos*. Arlington, VA: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1.
- Beith, Alix, Nora Quesada, Wendy Abramson, Anabella Sánchez y Nadia Olson. 2006. *Descentralización e Integración de los Sistemas Logísticos de Anticonceptivos en Latinoamérica y El Caribe, con Lecciones de Asia y África*. Arlington, Va.: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
- Cisek, Cindi and Nadia Olson. 2006. *Contraceptive Procurement Policies, Practices, and Lessons Learned: Costa Rica*. Arlington, Va.: DELIVER, and Washington, DC: USAID | Health Policy Initiative TO1, for the U.S. Agency for International Development.
- Cisek, Cindi. 2006. *Contraceptive Procurement Policies, Practices, and Lessons Learned: Mexico*. Washington, DC: USAID | Health Policy Initiative TO1, for the U.S. Agency for International Development.
- Dayaratna, Varuni, Nora Quesada, Jay Gribble, Wendy Abramson, David Sarley, Carlos Lamadrid, Nadia Olson, y Verónica Siman Betancourt. 2006. *Políticas, Prácticas, y Opciones para la Adquisición de Insumos Anticonceptivos: Perú*. Arlington, V.A.: DELIVER y Washington, DC: USAID | Iniciativa de Políticas en Salud OT1, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
- Gribble, Jay, Nora Quesada, Varuni Dayaratna, Wendy Abramson, David Sarley, Carlos Lamadrid, Nadia Olson, y Verónica Siman Betancourt. 2006. *Políticas, Prácticas y Opciones para la Adquisición de Insumos Anticonceptivos: Honduras*. Arlington, VA: DELIVER, y Washington, DC: USAID | Iniciativa de Políticas en Salud OT1, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
- Morales, Cristian. 2006. *Contraceptive Procurement Policies, Practices, and Lessons Learned: Chile*. Arlington, Va.: DELIVER, for the U.S. Agency for International Development.
- Quesada, Nora, Varuni Dayaratna, Wendy Abramson, Jay Gribble, Verónica Siman Betancourt, David Sarley, Carlos Lamadrid, Nadia Olson, y Juan Agudelo. 2006. *Políticas, Prácticas, y Opciones para la Adquisición de Insumos Anticonceptivos: Paraguay*. Arlington, V.A.: DELIVER y Washington, DC: USAID | Iniciativa de Políticas en Salud OT1, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
- Quesada, Nora, Verónica Siman Betancourt, Wendy Abramson, Varuni Dayaratna, Jay Gribble, David Sarley, Carlos Lamadrid, Nadia Olson, y Juan Agudelo. 2006. *Políticas, Prácticas, y Opciones para la Adquisición de Insumos Anticonceptivos: Ecuador*. Arlington, V.A.: DELIVER, y Washington, DC: USAID | Iniciativa de Políticas en Salud OT1, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
- Quesada, Nora, Wendy Abramson, Verónica Siman Betancourt, Varuni Dayaratna, Jay Gribble, David Sarley, Carlos Lamadrid, Nadia Olson, y Juan Agudelo. 2006. *Políticas, Prácticas y Opciones sobre la Adquisición de Insumos Anticonceptivos: Bolivia*. Arlington, VA.: DELIVER, y Washington, DC: USAID | Iniciativa de Políticas en Salud OT1, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
- Sánchez, Anabella, Verónica Siman Betancourt, Verónica, Nora Quesada, Wendy Abramson, Nadia Olson, Jay Gribble, David Sarley, y Carlos Lamadrid. 2006. *Políticas, Prácticas, y Opciones para la Adquisición de Insumos Anticonceptivos: Guatemala*. Arlington, V.A.: DELIVER, y Washington, DC: USAID | Iniciativa de Políticas en Salud OT1, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Sánchez, Anabella, Wendy Abramson, Nadia Olson, y Nora Quesada. 2006. *Descentralización e integración de los sistemas logísticos de anticonceptivos en Latinoamérica y el Caribe: consideraciones para la toma de decisiones informadas a través del proceso de reforma de la salud*. Arlington, Va.: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Siman Betancourt, Verónica, Nora Quesada, Wendy Abramson, David Sarley, Varuni Dayaratna, Jay Gribble, Carlos Lamadrid, y Nadia Olson. 2006. *Políticas, Prácticas, y Opciones para la Adquisición de Insumos Anticonceptivos: El Salvador*. Arlington, V.A.: DELIVER, y Washington, DC: USAID | Iniciativa de Políticas en Salud OT1, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Studart, Cecilia, Blanka Homolova, Miguel Fontes, Rodrigo Laro, and Nadia Olson. 2006. *Contraceptive Procurement Policies, Practices, and Lessons Learned: Brazil*. Arlington, Va.: DELIVER, for the U.S. Agency for International Development.

ANEXO 1

LISTA DE PERSONAS ENTREVISTADAS

Nombre	Institución	Cargo
Dr. Gustavo Gutiérrez Dr. Raúl Rossal Licda. Verónica Dávila	IGSS	Jefe, Sección Materno Infantil Médico, Sección Materno Infantil Supervisión de Trabajo Social, IGSS Pamplona
Licda. Olga Camé	IPS	Encargada de Salud Reproductiva
Licda. Nora Quesada	USAID DELIVER PROJECT	Gerente Principal de Programas
Lic. Bernardo Uribe	USAID DELIVER PROJECT Paraguay	Asesor Residente
Luz Elda Luna	USAID DELIVER PROJECT EI Salvador	Consultora
Licda. Carolina Aráuz	USAID DELIVER PROJECT Nicaragua	Asesora Residente
Dr. Baudilio López	USAID/Guatemala	Oficial de Proyectos, Oficina de Salud y Educación

ANEXO 2

Acuerdo Gubernativo # 1165 (Guatemala): Inclusión de los Servicios de Salud Reproductiva en las Prestaciones por Maternidad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

ÚMERO 71

DIARIO de CENTFCA AMÉRICA

Guatemala, JUEVES 29 de septiembre 2005

5


Jorge Guilliano Flores
Ministro de Trabajo y Previsión Social


Raúl Arroyave Reyes
Ministro de la Presidencia de la República



INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

ACUERDO NÚMERO 1165

LA JUNTA DIRECTIVA DEL
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

POR TANTO:

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

ACUERDA:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

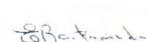
ARTÍCULO 10. Los casos no previstos en el presente Acuerdo, serán resueltos por la Gerencia.

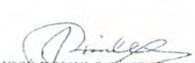
ARTÍCULO 11. El presente Acuerdo deberá elevarse al Organismo Ejecutivo, por conducto del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, para los efectos del Artículo 17, inciso a), párrafo segundo, de la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, y, entrará en vigencia el día siguiente que se publique en el Diario Oficial, el Acuerdo Gubernativo que lo apruebe.

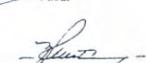
Emitted in the Salón de Sesiones de la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, in the City of Guatemala, the thirtieth of agosto, two thousand five.

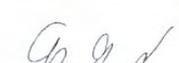

Sr. CARLOS EMILIO ANTONIO TORREBIARTE LANZENDORFFER
Presidente


Lic. MARIO ALBERTO GARCÍA LARA
Primer Vicepresidente


Dr. ERWIN RAÚL CASTAÑEDA PINEDA
Vocal


Dr. JOSÉ ROMULO SÁNCHEZ LÓPEZ
Vocal


Lic. VÍCTOR MANUEL MARTÍNEZ SAMAYOA
Vocal


Sr. MIGUEL ÁNGEL LUCAS GÓMEZ
Vocal

Acuerdo número 1165 de la Junta Directiva

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

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


Lic. CARLOS RAÚL SOSA ALDANA
Gerente

(82846 - 2) - 29 septiembre

ANEXO 3

CONVENIO DE COOPERACIÓN ENTRE EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL Y EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA) PARA COMPRA DE ANTICONCEPTIVOS Y PRODUCTOS RELACIONADOS

JOSÉ GUILLERMO MAZA BRIZUELA, mayor de edad, médico, de este domicilio y NELSON NOLASCO PERLA, mayor de edad, médico, de este domicilio; el primero actuando en representación del MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, en calidad de Ministro del Ramo, conforme al acuerdo número uno de la Presidencia de la República, de fecha uno de junio del dos mil cuatro, publicado en el Diario Oficial número cien, tomo trescientos sesenta y tres de fecha primero de junio del dos mil cuatro; y el segundo, actuando en representación del **INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**, en calidad de Director General, conforme acuerdo ejecutivo número ciento cincuenta y seis, de fecha cuatro de mayo de dos mil seis, publicado en el Diario Oficial número ochenta y uno, tomo trescientos sesenta y uno, de esa misma fecha, que en lo sucesivo nos denominaremos: **“EL MINISTERIO” Y “EL INSTITUTO”**, respectivamente; con el fin de brindarse apoyo mutuo a nivel nacional, lograr brindar una atención en salud con calidad y calidez en beneficio de la población salvadoreña y apoyar el proceso de Reforma del Sector Salud, **CONSIDERANDO:**

Que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público.

Que es necesaria la coordinación interinstitucional que apoye y asegure la Política de Protección Social de la Salud de los Salvadoreños en forma especializada con óptima utilización de los recursos siempre y cuando estén enmarcados dentro de la Ley.

Que la Cláusula octava del Convenio Marco de Cooperación entre EL MINISTERIO y EL INSTITUTO, oficializada mediante Resolución Ministerial No. 2299, señala que “Cuando fuera pertinente el Ministerio y el Instituto podrán negociar en forma conjunta la compra de Medicamentos, Biológicos e Insumos Médicos y otros que sean necesarios para la prestación de Servicios de Salud”.

Que de acuerdo a los Artículos 41 numeral 2 del Código de Salud; 6 literal c) del Reglamento General de Hospitales; 48 inciso 2 de la Ley del Seguro social; Art. 4 literal “b” de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, se permite que los Titulares de Ambas Instituciones suscriban convenios en beneficio de la población de su responsabilidad.

Que EL INSTITUTO desea utilizar los servicios del MINISTERIO, de conformidad a los términos y condiciones del Acuerdo suscrito entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas, en adelante UNFPA y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social sobre la utilización de los servicios de Adquisición del UNFPA.

El INSTITUTO y EL MINISTERIO acuerdan celebrar el Convenio que se registrá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: OBJETO. El Objeto del presente Convenio es establecer los términos y condiciones bajo los cuales el INSTITUTO adquirirá Anticonceptivos y Productos Relacionados necesarios para la atención de sus Derechohabientes, a través del acuerdo suscrito entre EL MINISTERIO y el UNFPA para tal efecto.

SEGUNDA: MECANISMOS PARA LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS. El INSTITUTO, presentará a la Comisión Técnica que se señala en la cláusula séptima del presente convenio, por escrito el pedido oficial (en adelante denominado “EL PEDIDO”), en el que se han de detallar todos los elementos que el INSTITUTO requiere que el UNFPA adquiera a través del MINISTERIO. El Pedido deberá contener claramente el detalle del medicamento o insumo y autorización del funcionario responsable (nombre completo, cargo y la firma) del funcionario, debidamente autorizado por el INSTITUTO.

TERCERA: PROCEDIMIENTO. El procedimiento para la ejecución del presente Convenio se establece en el Instructivo que formará parte integral del presente documento.

CUARTA: PAGO POR LOS SERVICIOS. De acuerdo a la política del MINISTERIO de asegurar la recepción y disponibilidad de los fondos antes de obligarse a efectuar cualquier gasto o tramitar cualquier Pedido, el INSTITUTO pagará o dará un adelanto al UNFPA por la provisión de los servicios.

QUINTA: ADQUISICIÓN Y EXPEDICIÓN. Posteriormente a haber aceptado un Pedido y después de que el adelanto y cualquier importe adicional haya sido depositado a nombre del UNFPA, éste adquirirá dentro de un lapso razonable, de acuerdo a los tiempos estimados en el documento “Servicios de Adquisición del UNFPA”, los artículos en nombre del INSTITUTO. La adquisición de artículos por el UNFPA en nombre del INSTITUTO se efectuará de conformidad con el Reglamento Financiero y la Reglamentación Financiera del UNFPA.

SEXTA: INFORMES Y ESTADO FINAL DE CUENTAS. El UNFPA proporcionará al INSTITUTO informes y estados financieros con respecto a los gastos en que se haya incurrido para la provisión de los Servicios en virtud de este Convenio de conformidad con las normas y procedimientos del UNFPA.

Tras la expedición de todos los artículos, el UNFPA preparará un estado final de cuentas, expresado en dólares de los Estados Unidos de América, que será enviado al INSTITUTO y en el cual se indicará el costo total de los servicios.

En caso de que el estado final de cuentas indique un saldo a favor del INSTITUTO, esos fondos serán devueltos al INSTITUTO a menos que este solicite lo contrario.

SEPTIMA: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN. Para garantizar el cumplimiento del presente Convenio, se formará una comisión técnica administrativa de cada Institución, cuya función básica será dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de este Convenio en todas sus partes, recomendando a los Titulares las modificaciones y ajustes que consideren necesarias. Comisión que estará integrada por:

Por parte de MINISTERIO: un representante de Unidad Financiera Institucional, un representante de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, un representante de Unidad Reguladora de Medicamentos e Insumos, un representante Unidad de Atención a la Mujer.

Por parte del INSTITUTO: un representante del programa de Atención Integral en Salud de la Mujer, un representante de la Sección de Costos y un representante de la Sección de Licitaciones, Concursos y Contrataciones Directas de UACI.

OCTAVA: MODIFICACIONES. El presente convenio podrá ser modificado de mutuo acuerdo entre las partes, a solicitud de cualquiera de ellas, modificaciones que deberán ser autorizadas de acuerdo a la estructura interna de cada institución, para posteriormente ser suscritas y se tendrán por incorporadas al texto del presente instrumento.

NOVENA: PLAZO. El plazo del presente Convenio es de un año, el cual será prorrogable por períodos iguales en forma automática; excepto que alguna de las partes solicite modificación o terminación, con al menos 90 días de anticipación.

DECIMA: CAUSAS DE TERMINACIÓN. Cualquiera de las dos instituciones podrá dar por terminada el Convenio por el incumplimiento de una o más de las cláusulas establecidas en el mismo. Dicho incumplimiento deberá ser verificado por la comisión mencionada en la Cláusula SEPTIMA y ratificado por los titulares de ambas instituciones, el cual surtirá efecto en un plazo máximo de sesenta días luego de establecido el incumplimiento.

DECIMA PRIMERA: VIGENCIA. El presente convenio entrará en vigencia a partir de la fecha de su firma.

En fe de todo lo anterior, se suscribe el presente Convenio en dos originales en la Ciudad de San Salvador a los _____ días del mes de _____ de dos mil siete.

**DR. JOSE GUILLERMO MAZA
BRIZUELA**

Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social

DR. NELSON NOLASCO PERLA

Director General del Instituto
Salvadoreño del Seguro Social

ANEXO 4

PARAGUAY: LEY no. 2907 DE ASEGURAMIENTO PRESUPUESTARIO DE LOS PROGRAMAS DE SR Y DE APROVISIONAMIENTO DEL KIT DE PARTOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL



PODER LEGISLATIVO
LEY N° 2.907

DE ASEGURAMIENTO PRESUPUESTARIO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA Y DE APROVISIONAMIENTO DEL KIT DE PARTOS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

EL CONGRESO DE LA NACION PARAGUAYA SANCIONA CON FUERZA DE LEY

Artículo 1°.- La presente Ley tiene por objetivo asegurar las condiciones mínimas para el ejercicio del derecho constitucional que tienen todas las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes, educación, orientación científica y servicios adecuados en la materia. Así como la debida asistencia de la mujer y el recién nacido en el evento del parto. A tal efecto, el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, proveerá por medio del Presupuesto General de la Nación los recursos necesarios, según las estimaciones poblacionales, para la ejecución de los programas denominados Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos y Aproveccionamiento del Kit de Partos.

Artículo 2°.- El Poder Legislativo incluirá anualmente en el Presupuesto General de la Nación, en una partida especial, los recursos suficientes para financiar los gastos de los programas referidos en el artículo anterior. Los recursos financieros previstos deberán ser suficientes para la adquisición, mantenimiento, distribución de los productos e instrumentales químicos y medicinales que los programas requieran.

Artículo 3°.- Toda mujer tiene derecho a recibir en forma gratuita el Kit de Parto y los insumos de Planificación Familiar, de acuerdo a su elección voluntaria e informada.

Artículo 4°.- El Ministerio de Hacienda habilitará dos cuentas especiales a nombre del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - Programa de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos y Programa de Aproveccionamiento del Kit de Partos, respectivamente, anualmente a más tardar en el mes de marzo, transferirá a la misma la totalidad de los recursos destinados para tal efecto en el presupuesto.

Estos fondos provendrán de Fuente de Financiamiento 10 y no podrán ser utilizados para fines distintos a los previstos en esta Ley ni podrán ser objeto de disminución o afectación bajo ningún concepto. Igualmente, serán transferidas a esa cuenta todas las donaciones al Estado que se efectúen a tales efectos, y las transferencias de los gobiernos departamentales y/o municipales que opten por realizar adquisiciones nacionales de los citados insumos con el objetivo de obtener mejores ofertas con relación al precio y la calidad del producto.

DIRECCION GENERAL DE FARMACIA Y QUIMICA	
26/03/06	
Web	
N° 024	FIRMA: J. M. L.



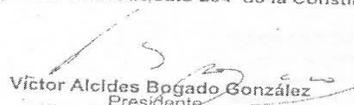
LEY N° 2.907

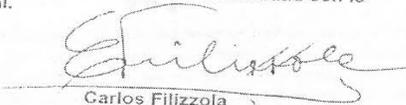
Artículo 5°.- El Instituto de Previsión Social (IPS) incluirá en su Presupuesto las partidas presup. estarias correspondientes para la adquisición, con fondos propios, de insumos necesarios para los Programas de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos.

Artículo 6°.- La presente Ley entrará en vigencia desde el momento de su promulgación y el Poder Ejecutivo incluirá en el Presupuesto General de la Nación los recursos necesarios, a los efectos de dar cumplimiento inmediato a la misma, durante el año fiscal correspondiente.

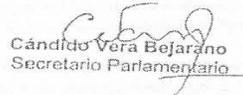
Artículo 7°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Aprobado el Proyecto de Ley por la Honorable Cámara de Diputados, a diecisiete días mes de noviembre del año dos mil cinco, y por la Honorable Cámara de Senadores, a veintisiete días del mes de abril del año dos mil seis, quedando sancionado el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo-204 de la Constitución Nacional.


Víctor Alcides Bogado González
Presidente
H. Cámara de Diputados

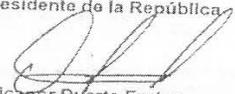

Carlos Filizzola
Presidente
H. Cámara de Senadores


Mario Alberto Cornejo Paredes
Secretario Parlamentario

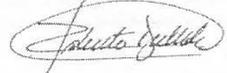

Cándido Vera Bejarano
Secretario Parlamentario

Asunción, 23 de mayo de 2006.
Téngase por Ley de la República, publíquese e insértese en el Registro Oficial.

El Presidente de la República


Nicanor Duarte Frutos

María Teresa León
Ministra de Salud Pública y Bienestar Social


Dr. ROBERTO DULLAK PEÑA
MINISTRO SUSTITUTO
DE SALUD PÚBLICA Y B.S.

ANEXO 5

RESUMEN DE INDICADORES DE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD (INCLUIDO PF) DE CINCO INSTITUTOS DE SEGURIDAD SOCIAL EN LATINOAMÉRICA.

País	Total TPA del País	TPA por proveedor ³²	Total Población (millones de personas) y Año de estimación	Población Económicamente Activa ³³ Estimaciones de CELADE 2005 (Millones de Personas)	Personas y Porcentaje de la Población Económicamente Activa afiliada (Con base a estimaciones)	Mujeres en Edad Fértil adscritas al régimen de seguridad social	Porcentaje de Mujeres en Edad Fértil afiliadas que usan PF	Cobertura de mercado (Encuesta de Salud Materno Infantil o Salud Reproductiva)	Porcentaje de gasto en salud respecto al Producto Interno Bruto	Gama de oferta de métodos	Están en Listado Básico de Medicamentos	Derecho del beneficiario/a a servicios de PF
El Salvador	67%	MS 56% SS 19% Comercial 8% ADS 10%	7	2.8	39% 1,110,853	387,085 ³⁴	(15%) 58,448 MEF	19% ³⁵	41.7%	Ciclo oral, inyectable mensual y trimestral, condón, DIU, Jadelle, naturales, método de días fijos	Sí. Todos los métodos	Si
Guatemala	43%	MS 32% SS 12% ONG-IPPF 29% Farmacia 12%	12(2003)	5.1	19% ³⁶ (957,921 personas)	414,813	(5.2%) 21,648 MEF	12% ³⁷	49.4%	Ciclo oral, inyectable trimestral, condón, DIU, Jadelle, naturales, método del collar o días fijos	Sí. Todos los métodos	Si, con restricciones

³² Esta columna incluye los porcentajes de los principales proveedores de PF.

³³ PEA= Población Económicamente Activa

³⁴ Reporte de PF del ISSS 2006

³⁵ FESAL 2002-2003

³⁶ Carta de la Sección de Higiene Materno Infantil, IGSS Mayo 2007

³⁷ ENSMI 2002

País	Total TPA del País	TPA por proveedor ³⁸	Total Población (millones de personas) y Año de estimación	Población Económicamente Activa ³⁹ Estimaciones de CELADE 2005 (Millones de Personas)	Personas y Porcentaje de la Población Económicamente Activa afiliada (Con base a estimaciones)	Mujeres en Edad Fértil adscritas al régimen de seguridad social	Porcentaje de Mujeres en Edad Fértil afiliadas que usan PF	Cobertura de mercado (Encuesta de Salud Materno Infantil o Salud Reproductiva)	Porcentaje de gasto en salud respecto al Producto Interno Bruto	Gama de oferta de métodos	Están en Listado Básico de Medicamentos	Derecho del beneficiario/a a servicios de PF
México	71% ⁴⁰	MS 20% SS 43% Farmacia 13.5% ADS	107 ⁴¹ (2005)	46	26.8% ⁴²	9,671,476 ⁴³	62% 5,974,362 MEF ³⁶	43% ⁴⁴	67.3%	Ciclos orales, inyectable trimestral, condón, DIU, Jadelle, consejería en métodos naturales	No. Pero todos los métodos están en un listado del programa prioritario o especial de Planificación familiar.	Sí
Nicaragua	72% ⁴⁵	MS 67% EMPs 4% PRO-FAMILIA 5% Farmacias 5%	5,1	2.2	16% ⁴⁶	260,000 ⁴⁷	2.61% 6,792	0.3%	26.3% ⁴⁸	2 gestágenos orales, 1 inyectable trimestral, 1 inyectable mensual, condones y el DIU	Sí. 2 gestágenos orales 1 inyectable y DIU	No, en proceso
Paraguay	73%	MS 28% SS 2% Privado 12% Farmacias 50%	6	2.3	ND	ND	ND	2%	37.4%	1 oral, 1 inyectable trimestral, condones, DIU	Sí. Todos los métodos	No, en proceso

³⁸ Esta columna incluye los porcentajes de los principales proveedores de PF.

³⁹ PEA= Población Económicamente Activa

⁴⁰ Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en encuestas de demografía

⁴¹ Comunicado de Prensa de CONAPO Enero 2005 Estimaciones del Consejo Nacional de Población- CONAPO

⁴² Nota Informativa Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. Comentarios Generales al "Informe Sobre la Situación Financiera y los Riesgos del IMSS, 2005 - 2006"

⁴³ IMSS, Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Salud Pública, Datos 2004. Memoria Estadística 2004

⁴⁴ Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)

⁴⁵ Fuente: Informe preliminar de avance, ENDESA 2006-2007

⁴⁶ ¿Seguridad Social para quién? Costos y obstáculos de la seguridad social en Nicaragua Néstor Avendaño. 2002

⁴⁷ Fuente: Proyecto DELIVER. Diagnóstico de la situación de la prestación de los servicios de planificación familiar y del sistema logístico de anticonceptivos en las Empresas Médicas Previsionales. Nicaragua 2005.

⁴⁸ <http://www.who.int/nha/country/NIC-S.pdf> Indicadores Seleccionados del Gasto en Salud de Nicaragua, OMS 2005

ANEXO 6

LISTADO DE FABRICANTES DE ANTICONCEPTIVOS EN MÉXICO, FUENTE DE SUMINISTROS DEL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Producto y Clave de Suministro	Presentación	Proveedor
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg (010.000.3045)	Ampolleta Trimestral	Pfizer, S.A. de C.V.
Medroxiprogesterona y cipionato de estradiol (010.000.3509)	Ampolleta Mensual	Aplicaciones Farmacéuticas S.A. de C.V.
Norestisterona y valerianato de estradiol (010.000.3515)	Ampolleta Mensual	Schering Mexicana S.A. de C.V.
Levonorgestrel y etinilestradiol (010.000.3504)	Ciclo	Schering Mexicana S.A. de C.V.
Desogestrel y etinilestradiol (010.000.3505)	Ciclo	Organón Mexicana S.A. de C.V.
Implante Subdérmico con Etonogestrel (010.000.3510)	Unidad de Aplicación	Organón Mexicana S.A. de C.V.
D.I.U. T Cu 380 f. Largo (060.308.0029)	Pieza	Alpha Laboratorios S.A.de C.V.; Denti-Lab S.A. de C.V.; Productos Científicos Médicos S.A. de C.V.
D.I.U. Cu Standard brazos laterales curvos (060.308.0169)	Pieza	Organón Mexicana S.A. de C.V.
D.I.U. Cu Corto brazos laterales curvos Nulíparas (060.308.0151)	Pieza	Organón Mexicana S.A. de C.V.
D.I.U. T Cu 380 Nulíparas (060.308.0193)	Pieza	Implementos Plásticos S.A. de C.V.
S.I.U. Liberador de Levonorgesterol 52 mg (060.308.2200)	Pieza	Schering Mexicana S.A. de C.V.
Preservativos hule látex (060.308.0177)	Caja c/100	Denti-Lab S.A. de C.V.

Fuente: Instituto Mexicano de Seguridad Social, Presentación en Primer Foro Regional de la DAIA realizado en Nicaragua, 2003

Para obtener más información, visite deliver.jsi.com.

USAID | PROYECTO DELIVER

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Télefono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: askdeliver@jsi.com

Internet: deliver.jsi.com