

Análisis de Segmentación del Mercado

Bolivia, noviembre de 2005

Esta publicación fue elaborada para consideración de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La publicación fue elaborada por DELIVER, un proyecto (No. HRN-C-00-00-00010-00) implementado por John Snow, Inc de seis años, que brinda asistencia técnica en Logística a nivel internacional.

Análisis de Segmentación del Mercado

Bolivia, Noviembre de 2005

DESMENTIDO

Las opiniones del autor en esta publicación no necesariamente representan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o el Gobierno de los Estados Unidos.

DELIVER

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

El proyecto es implementado por John Snow, Inc. (JSI), (contrato No. HRN-C-00-00-00010-00) y como subcontratistas: Grupo Manoff; Programa de Tecnología Apropriada para la Salud (PATH); y Estrategias de Desarrollo de Sectores Sociales, Inc. DELIVER fortalece las cadenas de suministro de los programas de salud y planificación familiar en los países en desarrollo, asegurando la disponibilidad de productos críticos para la salud de los clientes. DELIVER también proporciona apoyo técnico a la central de adquisiciones y administración y análisis del sistema central administrativo de registros básicos de USAID.

Este documento no representa necesariamente, los puntos de vista o las opiniones de USAID. Puede ser reproducido si se cita a DELIVER/John Snow, Inc.

Cita recomendada

Comité de la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos de Nicaragua (DAIA), John Snow, Inc./DELIVER. Abramson, Wendy B., Sharon Soper, Leslie Patykewich, Ali Karim, David Sarley, Nora Quesada, Patricia Saenz. 2005. Estudio de la Segmentación del Mercado de Bolivia. Arlington, Virginia: John Snow, Inc./DELIVER para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

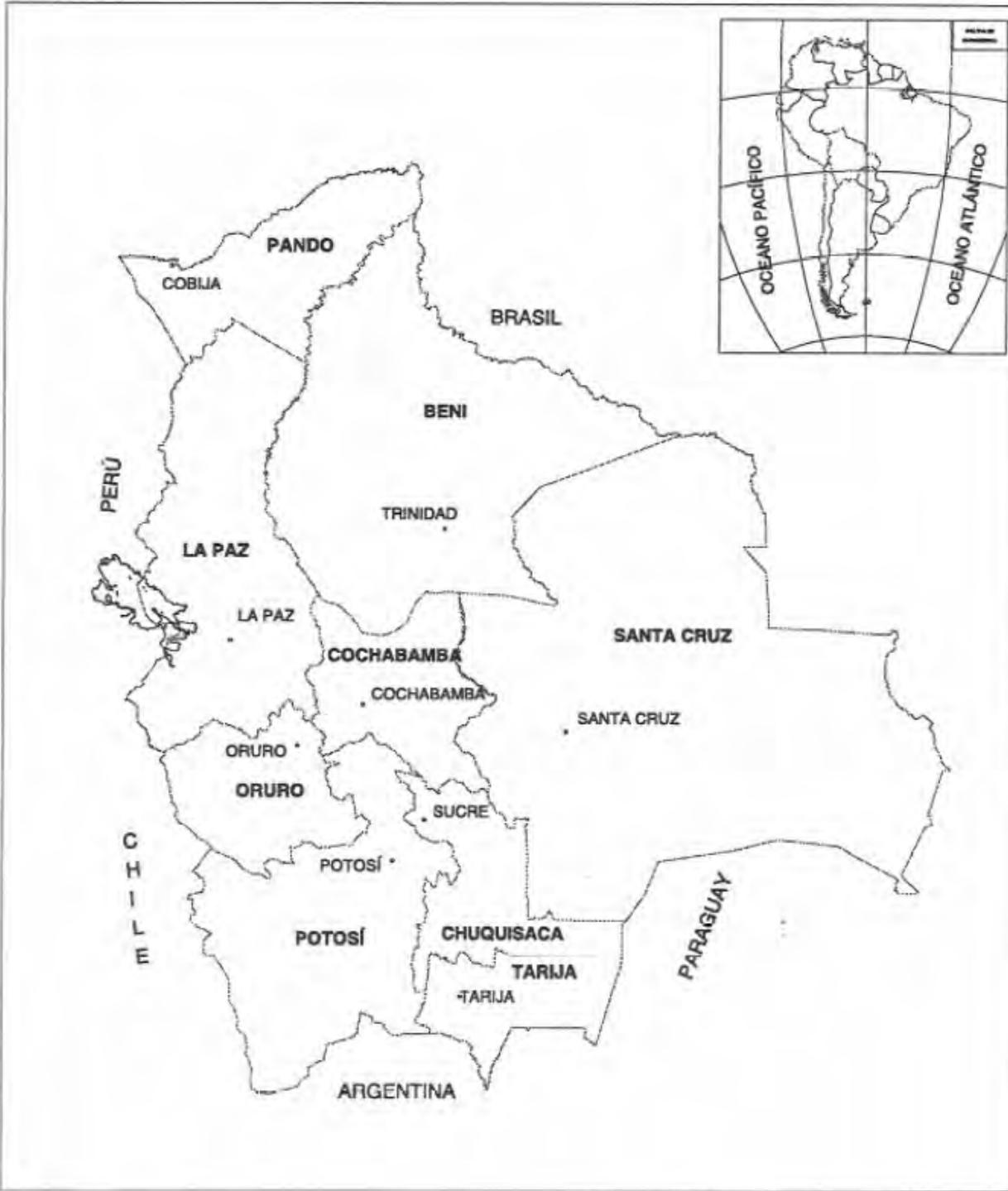


John Snow, Inc.
1616 North Fort Myer Drive, 11th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Tel.: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480
Email: deliver_project@jsi.com
Internet: deliver.jsi.com

Tabla de Contenidos

Mapa de Bolivia.....	iv
Abreviaciones	v
Resumen Ejecutivo	vi
Contexto	3
Contexto en Bolivia	3
Segmentación del mercado: metas y objetivos	4
Metodología	6
Características de los que respondieron	7
Características de los Proveedores	9
Análisis de Resultados	11
Características de la clientela.....	11
Departamentos:	12
Razones para no usar ningún método	13
Mezcla de métodos	14
Fuente/Suministro	17
Residencia (Zonas urbanas frente a zonas rurales)	19
Fuente/suministro por método	21
Recursos sectoriales	23
Líneas Estratégicas y Opciones para el Futuro	25
Aumentar la eficiencia y el uso de los recursos: segmentación y localización de opciones.....	26
Sector público:	26
ONG	27
Sector comercial	28
Referencias.....	31
Apéndice	33

Mapa de Bolivia



Abreviaciones

AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEASS	Central de Abastecimiento de Suministros en Salud
CP	Cuidado prenatal
CNS	Caja Nacional de Salud (Sistema de seguridad social en Bolivia)
TPA	Tasa de Prevalencia de anticonceptivos
DAIA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DELIVER	Proyecto de USAID/Washington dirigido a la mejora de la logística de los productos farmacéuticos, incluyendo anticonceptivos; administrado por JSI
DIU	Dispositivos Intrauterinos
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
PIB	Producto Interno Bruto
IEC	Información, Educación y Comunicación
ICAS	Instituto Centro Americano de la Salud
JSI	John Snow, Inc.
LAC	Latino América y el Caribe
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MUEF	Mujeres Unidas en Edad Fértil
ONG	Organización no Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PF	Planificación Familiar
POLICY	Proyecto de USAID/Washington dirigido a la mejora de las políticas de salud, incluso de la salud reproductiva; administrado por TFGI
SEC	Socioeconómico (socioeconomía)
MS	Mercadeo Social
SPARHCS	Camino estratégico a la disponibilidad de los insumos de la salud reproductiva
TFGI	The Futures Group Internacional
TGF	Tasa Global de Fecundidad
TPA	Tasa de Prevalencia Anticonceptiva
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
SEDES	Servicio Departamental de Salud
DINAMED	Dirección Nacional de Medicamentos

Resumen Ejecutivo

Durante la última década, Bolivia experimentó un aumento significativo en su Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (TPA) de métodos modernos, con un aumento promedio de casi dos puntos porcentuales por año, de 17,8% (1994) a 34,9% (2003). Durante este mismo período, la Tasa Total de Fecundidad (TGF) disminuyó de 4,8 a 3,8, la necesidad insatisfecha bajó de 26,1% a 22,7%, y la tasa de mortalidad de la niñez se redujo de 116 a 75. Estos cambios positivos se pueden atribuir a la introducción del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el país en los años noventa. Durante este tiempo el gobierno implementó una serie de reformas en el sector salud para descentralizar responsabilidades financieras y gerenciales. También fueron implementados mecanismos de recuperación de costos y fondos rotatorios en establecimientos seleccionados. Este análisis de segmentación del mercado pretende complementar las mejoras que el gobierno boliviano ha logrado en la planificación familiar, evidenciadas por estos indicadores. El análisis de segmentación de mercado puede ayudar a sectores públicos y privados a identificar los segmentos del mercado con mayor necesidad insatisfecha y determinar como se pueden enfocar los recursos para asegurar que todos los segmentos de la población elijan, obtengan y utilicen los anticonceptivos que requieren. Cuando se usa el análisis de segmentación de mercado como herramienta de la política, se pueden crear oportunidades para todos los sectores del mercado e identificar sus papeles complementarios en el abastecimiento de productos y de servicios de planificación familiar.

Este informe utiliza resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) de 2003, 1998 y 1994. Según la ENSDA más reciente, las Mujeres Unidas en Edad Fértil (MUEF) eligieron DIU más que cualquier otro método moderno de la anticoncepción (17.5%), no obstante el análisis de segmentación de mercado reveló que el aumento la tasa de prevalencia de anticonceptivos se contribuye en gran parte por un aumento en la disponibilidad y el uso de inyectables por los segmentos más pobres y rurales de la población. En solamente cinco años el uso de la inyectables aumentó 7 puntos porcentuales, de 1% (1998) a 8% (2003); y, la distribución del porcentaje de MEF del quintil más bajo y de áreas rurales que usan inyectables aumentó de 1.5% (1998) a 24% (2003). El aumento en la TPA también se puede atribuir al crecimiento del sector público como fuente de anticonceptivos (de 33% (1994) a 57% (2003)). En el 2003, el sector público cubrió al 72% de las usuarias de la inyección y al 69% de las usuarias de DIUs. Sin embargo, el sector privado era más robusto para otros métodos; en 2003 las Mujeres en Edad Fértil (MEF) obtuvieron el 83% de sus condones y el 63% de sus píldoras en farmacias privadas.

Aunque Bolivia experimentó grandes mejoras en la planificación familiar desde 1994, continuó existiendo disparidad entre segmentos de la población en el año 2003. La disparidad en TPA y la necesidad insatisfecha continuó existiendo entre departamentos; áreas rurales, peri-urbanas y urbanas; y mujeres más ricas y más pobres, jóvenes y más viejas, menos y más educadas. Por ejemplo, había una diferencia de 33 puntos porcentuales entre el departamento con el uso moderno más alto y el más bajo (Santa Cruz, 51% comparado con Oruro, 18%). El uso del método moderno en la población urbana era 40%, 27% en la población peri-urbana, y 25% en la población rural. La TPA del quintil más rico era 49%, más del doble que la del quintil más pobre, 23%. Si se involucran a todos los socios en el mercado anticonceptivo boliviano, cada socio podrá enfocarse en su mercado para reducir desigualdades en el acceso y el servicio.

Este informe tiene como objetivo dar ejemplos demográficos para ilustrar cómo el mercado de anticonceptivos se ha desarrollado. Los resultados ayudan a plantear preguntas sobre cómo asistir al Comité de Disponibilidad

Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) con el desarrollo y el planeamiento de nuevas políticas. Asimismo, este informe pretende ser un documento en desarrollo más bien que un informe exhaustivo. Los resultados también necesitan ser validados y analizados en conjunto con los involucrados. La expectativa es que el gobierno Boliviano y los diferentes sectores que participan en el mercado de anticonceptivos en el país pueden utilizar el análisis como base para segmentar el mercado y enfocar en objetivos tanto colectivos como individuales.

Contexto

Contexto en Bolivia

Bolivia estableció un programa de salud familiar a principios de los años noventa. A partir de entonces, Bolivia ha realizado grandes avances en la consecución de sus objetivos de salud reproductiva y en el fortalecimiento de la disponibilidad asegurada de anticonceptivos. La Tasa Global de Fecundidad (TGF) se redujo a nivel nacional de 4,8 en 1994 a 3,8 en 2003, debido en parte a un aumento en la Tasa de Prevalencia de Anticonceptivos (TPA) de 25,2% (1998) a 34,9% (2003) y a una reducción de la necesidad no satisfecha de 26,1% (1998) a 22,7% (2003) [Ver cuadros A1 y A2]. Gran parte de los cambios en TPA son atribuibles a un aumento en el uso de inyectables. Entre 1998 y 2003, el uso de inyectables aumentó de 1,1% a 8%. [ENDSA 2003, 1998 y 1994]

Se puede decir que existe disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos (DAIA) cuando todas las personas tienen la capacidad de escoger, obtener y utilizar los anticonceptivos que necesitan.

Durante este tiempo, el gobierno implementó una serie de reformas en el sector de la salud para descentralizar las responsabilidades financieras y administrativas. Además, se pusieron en práctica mecanismos de recuperación de costos y se establecieron fondos rotatorios de medicamentos en algunos establecimientos de salud. Se aprobaron varias leyes que trasladaron los ingresos provenientes de los impuestos y la propiedad de la infraestructura sanitaria del nivel nacional a los 317 gobiernos municipales, y se delegó a las prefecturas departamentales el control sobre la asignación de personal en el sector de la salud.

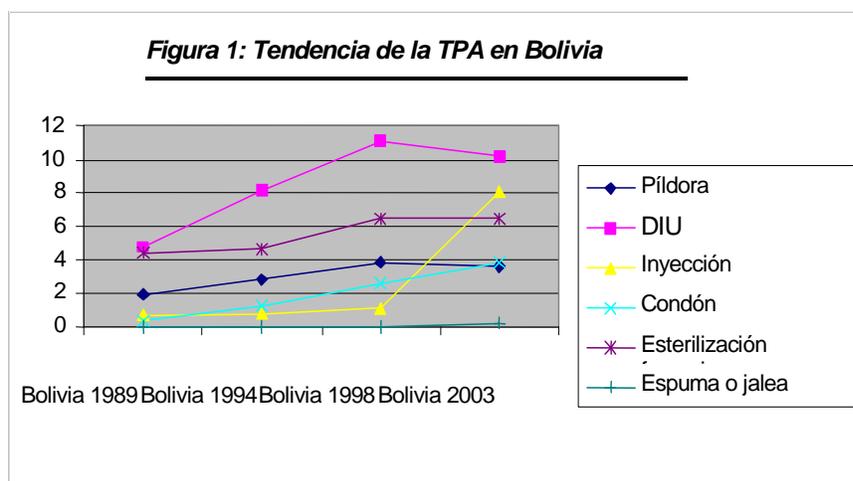
En 1999 los ingresos para el Seguro Básico de Salud eran de 3,2%; para 2001 se habían duplicado al 6,4% del nivel municipal. Si bien los servicios y los insumos para el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva también estaban incluidos en el plan de seguros, los anticonceptivos donados continuaron gratuitos para los usuarios de todos los niveles del sistema de salud. En 2002, el nombre del programa de seguro cambió a Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y fue establecido como una ley por primera vez. Los insumos proporcionados por los programas nacionales de salud (incluidos los anticonceptivos) fueron incluidos en las prestaciones de servicios para ser reembolsados con fondos del SUMI. Si bien los servicios de planificación familiar PF están cubiertos durante los seis meses después del parto conforme al SUMI, aun no se han realizado las compras de anticonceptivos con estos fondos, y el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva sigue ofreciendo anticonceptivos gratuitamente para todos los servicios.

El resultado de todas estas reformas ha sido la transferencia de responsabilidades, autoridad y financiamiento de la mayoría de las compras de fármacos a los establecimientos de salud o a los gobiernos municipales. Si bien el SUMI y sus predecesores han ayudado a garantizar que estos fondos se canalicen a las intervenciones prioritarias para mujeres y niños, la compra local de medicamentos esenciales ha aumentado los costos y puesto decisiones importantes sobre selección y origen de los

productos en manos de establecimientos de salud individuales o de gobiernos municipales que pueden o no estar calificados para tomarlas.

En febrero 2004 por Resolución Ministerial Número 0056, se aprobó el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSR) 2004-2008. La meta principal es lograr hasta el 2015, el acceso universal a la gama completa de métodos seguros y fiables de anticoncepción. Hasta el 2005, el 60% de los servicios de atención primaria en salud deben ofrecer la gama más amplia posible de métodos seguros y eficaces de anticoncepción, alcanzando el 80% hasta el 2010 y el 100% el 2015. La discrepancia entre la proporción de personas que utilizan métodos anticonceptivos y las que expresan el deseo de espaciar o limitar el número de hijos, debería reducirse a la mitad para el año 2005, a 75% al 2010 y a 100% al 2015. El Programa del gobierno contempla reducir la mortalidad materna y neonatal en 40% para el año 2008 y en 75%¹ para el año 2015, respecto a los niveles de 1990. Asimismo, el Programa tiene como meta disminuir la demanda insatisfecha de anticonceptivos en un 30%².

En julio de 2003, Bolivia formó el Comité de DAIA durante una conferencia regional de DAIA en Nicaragua y en diciembre del mismo año se realizó un diagnóstico de la situación. Con una tasa total de uso de anticonceptivos de 58%, Bolivia ha logrado aumentar la TPA de métodos modernos de 25% en 1998 a 35% en 2003. Pese a este gran progreso, Bolivia enfrenta una serie de desafíos. La necesidad no satisfecha de anticonceptivos sigue siendo muy alta en el país, lo que indica que los/las usuarios/as en



potencia no están teniendo acceso a los métodos de su preferencia. Con la descentralización de la responsabilidad por la prestación de servicios a la salud y la familia, y con una reducción de las donaciones, el Gobierno de Bolivia ahora enfrenta el reto de elaborar un plan sustentable para financiar y garantizar la disponibilidad de anticonceptivos.

Segmentación del mercado: metas y objetivos

El análisis de segmentación del mercado ofrece un instrumento importante que ayuda a los gobiernos a fortalecer la disponibilidad asegurada de anticonceptivos. La segmentación del mercado puede ayudar a identificar cómo mejorar la eficiencia y la efectividad de los recursos asignados a la anticoncepción para así resolver mejor la necesidad no satisfecha y maximizar los recursos disponibles. El análisis de segmentación del mercado en Bolivia puede arrojar una luz sobre la segmentación actual y servir de base para un enfoque mejor y más racional de los suministros públicos. En el sentido más amplio, un análisis de segmentación del mercado se refiere al proceso de emplear datos provenientes de encuestas y análisis estadísticos para dividir el mercado de la salud reproductiva en sub-poblaciones cuyas necesidades de

¹ Tasa de referencia de mortalidad materna de 390:100.000 mujeres. ENDSA 1994

² Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2004-2008)

salud reproductiva, características o prácticas pueden requerir estrategias singulares de prestación del servicio o de mercadeo. Usado como un instrumento de política, el análisis crea oportunidades para diversos interesados de los sectores público y privado, que pueden coordinar sus esfuerzos para satisfacer las necesidades de planificación familiar con un enfoque del mercado total. Esto asume mayor importancia en un medio de escasez de recursos, en el cual la coordinación es necesaria para alcanzar los objetivos del programa nacional. Dados los diferentes objetivos de los sectores público, ONG y comercial, es posible identificar sus funciones complementarias en la prestación de productos y servicios de planificación familiar.

El análisis debe abarcar a todos los aliados en el mercado de anticonceptivos de Bolivia a fin de que comprendan su función en la provisión de insumos anticonceptivos. Con esto se logrará menos competencia entre los socios por los mismos clientes, con lo cual cada socio podrá concentrarse mejor y servir a su grupo destinatario, ya sea que se lo defina por ingresos, región, alto riesgo o edad.

Es importante reconocer que, con la creciente demanda de planificación familiar en Bolivia, un mercado segmentado no disminuirá la función de ningún sector en particular. De hecho, la colaboración propuesta debería aumentar el impacto general de los esfuerzos nacionales de planificación familiar y facilitar una selección eficiente y equitativa de recursos que permitan un papel más efectivo para los sectores público, privado y de ONG.

Por lo general, un análisis típico del mercado de planificación familiar examina tanto la oferta como la demanda de anticonceptivos. El presente informe ofrece datos a los interesados para que puedan entender mejor el perfil socioeconómico, demográfico y a conducta de la población destinataria, en términos de:

- Uso de PF
- Necesidad no satisfecha y motivos para no usar PF
- Combinación de métodos
- Fuente y porcentaje de los suministros
- Intención de usar PF en el futuro

Este trabajo se propone como un documento de trabajo antes que un informe exhaustivo. A esta altura presenta nuevos análisis de los datos demográficos y de salud de la población de Bolivia. Esto deberá ser convalidado y discutido con los interesados para tener la seguridad de que las conclusiones preliminares que se extraigan ayuden a mejorar la DAIA. Este documento ayudará a determinar cómo está segmentado el mercado de la planificación familiar tanto en términos de suministro (fuente de métodos de planificación familiar) y demanda (combinación y uso de métodos de planificación familiar). En otras palabras, en este trabajo habla de si las fuentes de anticonceptivos de los diferentes grupos económicos coincide con un uso eficiente de los recursos públicos y privados, y se concentra no sólo en los resultados clave que tienen el mayor impacto sobre la demanda no satisfecha, sino también en aquellos que sirven para racionalizar mejor el mercado. Este documento no “explica” por qué el mercado es como es; antes bien, trata de “mostrar” la situación de los anticonceptivos en Bolivia y su evolución en los últimos cinco años. La sección de recomendaciones ofrece estrategias programáticas y sistémicas para Bolivia. La intención de la sección de opciones es ofrecer sugerencias para ayudar al Comité de DAIA a avanzar. La idea es que el Gobierno de Bolivia y los diferentes sectores del país apliquen estos resultados como base de segmentación y enfoque colectivo e individual.

Metodología

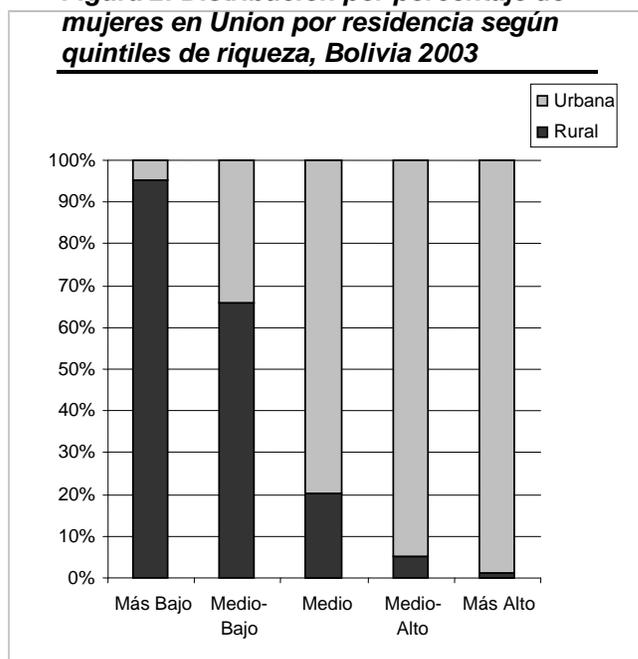
En este informe se usan los resultados de la ENDSA de Bolivia 2003, 1998 y 1994. Los indicadores que evalúan el rendimiento del programa de PF de Bolivia, incluye:

- Tasa de Prevalencia de Anticonceptivos (TPA),
- TPA de métodos tradicionales,
- necesidad no satisfecha de PF,
- fuente de métodos modernos
- mezcla de métodos entre los que usan métodos modernos de PF,
- razones para no usar,
- intención de usar en el futuro,

Los resultados/indicadores de los programas de PF se colocan en tablas cruzadas por variables de antecedentes, incluidos: ingreso, grupo etario, educación, región, y lugar de residencia.

El nivel socio-económico de la familia se mide con un índice creado con los activos y las características de la unidad familiar.³ El índice fue preparado por Macro Internacional e incorporado a todos los conjuntos de datos recientes de la ENDSA, y se lo usa mucho para clasificar a las Mujeres Unidas de Edad Fértil (MUEF) por condición socioeconómica. La principal hipótesis para construir el índice es que los activos y las características de las familias varían según su condición socioeconómica. Los datos sobre los activos y las características de la familia se obtienen del jefe de familia aplicando el cuestionario para los hogares. Entre los enseres que se consideran figuran ventilador, radio, televisor, teléfono, bicicleta y automóvil; las características de la vivienda que se consideran son los pisos, las paredes, el material de los techos, el origen del agua potable, el tipo de instalaciones sanitarias y la presencia de electricidad. El índice asigna un puntaje a cada casa, según su situación socioeconómica. La muestra se divide luego en cinco grupos iguales o en quintiles basados en el puntaje asignado por el índice, de modo que el primer quintil representa a los hogares con el nivel más bajo de riqueza o ingresos y el quinto representa al más alto.

Figura 2: Distribución por porcentaje de mujeres en Unión por residencia según quintiles de riqueza, Bolivia 2003



Prácticamente todas, o 99%, de las MUEF del quintil más alto viven en zonas urbanas. Por el contrario, 95% de las MUEF del quintil más bajo viven en zonas rurales.

³ Cabe señalar que el índice de riqueza no incluye todos los bienes agrícolas que se pueden encontrar en los hogares rurales, y puede tender a sesgar el índice subestimando los activos de los hogares rurales, indicando así que los clientes más adinerados se encuentran en zonas urbanas. Esta característica ha acompañado al índice en la mayoría de los países en los cuales se lo ha empleado.

Características de los que respondieron

Cuadro 1 demuestra de que casi el 27% de las MUEF del quintil más alto de ingresos (Q5) tienen entre 15 y 29 años de edad, mientras que 40% de las mujeres en pareja del mismo grupo etario vienen del quintil más bajo.

El cuadro también indica que los quintiles más altos viven en las zonas urbanas, antes que en las rurales. Casi todas, o 99%, de las MUEF del quintil más alto viven en zonas urbanas, mientras que apenas un poco más del 1% vive en zonas rurales (ver Figura 2). Por el contrario, 95,3% de las MUEF del quintil más bajo viven en zonas rurales, y apenas 4,7% vive en zonas urbanas.

También hay una relación estrecha entre nivel de educación y quintil de riqueza. Los encuestados más adinerados tienen más educación formal y avanzada que los más pobres. Asimismo, la proporción de aquellos sin educación disminuye a medida que el quintil de riqueza aumenta. Algo más de 78% de las MUEF del quintil más alto tiene educación secundaria o más, y menos del 1% no tiene educación. Al mismo tiempo, un total de 95,5% de las MUEF en el quintil más bajo no tiene nada de educación o solamente educación primaria.

Hay variaciones departamentales en nivel de riqueza en todo el país. El porcentaje más alto de las MUEF de los dos quintiles más bajos vive en Cochabamba (Q1: 21,3%, Q2: 16,3%) y La Paz (Q1: 19,9%, Q2: 34,5%). Por contraste, apenas 1% de las MUEF del quintil más bajo vive en Pando, 2,5% en Tarija, y 3,6% en Oruro.

Cuadro 1: Distribución por porcentaje de MUEF por grupo etario, residencia, región, departamento y educación según quintil de riqueza, Bolivia 2003

	Más Bajo	Medio -Bajo	Medio	Medio -Alto	Más Alto	Total
Grupo Etario						
15-19	5,0	5,4	4,3	3,9	1,7	4,0
20-24	15,9	14,9	18,9	16,6	10,1	15,4
25-29	18,6	16,7	21,2	20,2	15,0	18,5
30-34	16,9	19,1	20,1	19,2	20,6	19,2
35-39	18,7	16,6	15,1	17,1	18,8	17,2
40-44	14,2	15,7	11,7	13,9	17,6	14,5
45-49	10,8	11,6	8,8	9,1	16,3	11,2
Residencia						
Urbana	4,7	34,0	79,7	94,8	98,8	64,6
Rural	95,3	66,0	20,3	5,2	1,2	35,4
Región						
Altiplano	39,3	49,1	48,5	36,5	27,9	40,3
Valle	37,8	28,0	21,3	26,6	36,2	29,6
Llano	22,9	22,9	30,3	36,9	35,9	30,1
Departamento						
Chuquisaca	14,0	7,1	2,9	4,0	5,5	6,4
La Paz	19,9	34,5	34,4	26,3	20,1	27,3
Cochabamba	21,3	16,3	15,2	17,1	22,9	18,4
Oruro	3,6	4,5	7,3	4,4	4,3	4,9
Potosí	15,9	10,2	6,7	5,8	3,4	8,2
Tarija	2,5	4,6	3,2	5,5	7,8	4,8
Santa Cruz	15,6	17,0	26,4	34,1	32,7	25,6
Beni	6,3	5,3	3,3	2,4	2,9	3,9
Pando	1,0	0,6	0,6	0,5	0,4	0,6
Educación						
No tiene educación	23,2	13,6	5,0	2,9	0,7	8,6
Primaria	72,3	73,4	65,8	47,9	20,9	55,8
Secundaria	4,2	11,0	25,6	39,7	42,0	25,3
Superior	0,3	2,0	3,5	9,5	36,4	10,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
No. de mujeres	1.892	2.022	2.259	2.354	2.042	10.569

El Cuadro 2 muestra la distribución de los hogares por residencia o departamento en todos los quintiles de riqueza. El Cuadro 3 muestra el tamaño de la población por departamento. Mirando los dos cuadros juntos, se puede comenzar a analizar qué parte de la población de un departamento en particular es rica o pobre, urbana o rural. Esto puede ayudar a identificar desigualdades en departamentos y revelar alguna posible relación entre riqueza, residencia y departamento. Por ejemplo, 59,6% de las personas que viven en Potosí pertenecen a los dos quintiles más bajos, comparadas con 23,0% en Santa Cruz. Potosí también tiene el porcentaje más bajo de población urbana (33,7%), mientras que el más alto se encuentra en Santa Cruz (76,2%).

Cuadro 2: Distribución de los hogares por quintil de riqueza, según área de residencia y departamento, Bolivia 2003

Quintil	Residencia		Departamento								Total
	Urbana	Rural	La Paz	Oruro	Potosí	Chuquisaca	Cochabamba	Tarija	Santa Cruz	Beni/Pando	
Más Bajo	1,4	47,7	15,5	19	36,9	35,6	19,1	11,3	10,3	27	18,7
Medio-Bajo	10,2	37,1	27	20	22,7	19,3	17,7	19,6	12,7	24,9	20,2
Medio	25,6	11,8	25,2	24,8	17,3	10,6	17,5	14	21,8	18,5	20,4
Medio-Alto	31,8	2,8	18,3	20,1	16	16,9	19,9	27,2	28,3	15,3	21
Más Alto	30,9	0,7	14	16	7,2	17,6	25,7	27,9	26,9	14,3	19,6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Número de hogares	12.046	7.161	5.499	1.040	1.678	1.317	3.632	899	4.423	720	19.207

Fuente: ENDSA, EDyS, Bolivia, 2003

Esta relación entre el porcentaje de población urbana y riqueza también se puede encontrar en Chuquisaca, que tiene el segundo porcentaje más alto de personas en los dos quintiles más bajos y el segundo porcentaje más bajo de población urbana (54,9% y 41,0% respectivamente). Sin embargo, vemos una relación diferente en los departamentos de Beni/Pando, donde un total de 65,0% de la población es urbana, sin embargo algo más de la mitad, o 51,9% de la población también se encuentra en los dos quintiles más bajos. La Paz, con el segundo porcentaje más alto de población urbana (66,0%), tiene un porcentaje más alto de personas en los dos quintiles más bajos que el nivel nacional. Esto comienza a señalar la relación entre la población urbana pobre, que debe tenerse en cuenta cuando se enfocan poblaciones que necesitan recursos financiados a través del sector público.

Los tres cuadros indican que las MUEF más pobres tienden a ser ligeramente más jóvenes,

Cuadro 3: Tamaño de la población MEF por región y departamento según área de residencia Número de habitantes (en miles) por región y departamento según área de residencia y porcentaje que vive en áreas urbanas, Bolivia 2001

Región y Departamento	Residencia			Porcentaje en áreas urbanas
	Área Urbana	Área Rural	Total	
Región				
Altiplano	2.027	1.424	3.451	58,7%
Valle	1.322	1.056	2.378	55,6%
Llano	1.816	629	2.445	74,3%
Departamento				
Chuquisaca	218	313	532	41,0%
La Paz	1.552	798	2.350	66,0%
Cochabamba	856	599	1.456	58,8%
Oruro	236	156	392	60,3%
Potosí	239	470	709	33,7%
Tarija	248	143	391	63,3%
Santa Cruz	1.546	484	2.029	76,2%
Beni/Pando	270	145	415	65,0%
Total	5.165	3.109	8.274	62,4%

Fuente: INE. Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001, Bolivia (ENDESA 2003, Cuadro 1.1)

rurales, menos educadas y de ciertas regiones. Por el contrario, las MEF del quintil más alto tienden a pertenecer a la cohorte de más edad, con residencia urbana, de Santa Cruz, y más educadas. En la elaboración de estrategias para racionalizar el uso de servicios, **los encargados de formular políticas y los gerentes de programas pueden usar estos resultados para identificar a grupos representativos de segmentos de la población especialmente difíciles de alcanzar.** Por ejemplo, enfocar a personas sobre la base de su riqueza puede necesitar que se averigüen sus medios o alguna otra estrategia para tener la seguridad de que los servicios llegan al quintil de ingresos que los necesita. Las encuestas para probar el nivel de recursos económicos de una persona⁴ son políticamente sensibles, costosas y demandan una gran burocracia para administrarlos, por lo cual los responsables de formular políticas y los gerentes de programas pueden desear identificar a un grupo representativo para el quintil de ingresos específico.

Características de los Proveedores

En Bolivia, tanto el sector privado comercial como las ONG ofrecen insumos y servicios anticonceptivos. Solamente cuando se examina la fuente y uso de los servicios de planificación familiar se clasifica por todas las Mujeres en Edad Fértil (MEF) que se debería distinguir de las Mujeres Unidas en Edad Fértil (MUEF). En 1994 el sector privado representaba la principal fuente de anticonceptivos, cuando 43% de las MEF que usaban métodos modernos los obtenían de clínicas privadas, 21% de farmacias privadas y 33% de clínicas del sector público. La expansión de los servicios en el sector público desde entonces significa que en la actualidad las instituciones públicas ahora son la principal fuente de suministro, con el 56,6% en 2003, comparadas con 24% por las farmacias y 13% por las clínicas privadas. Mientras tanto, los servicios de las ONG solamente atienden a 4% de las usuarias de métodos modernos.

La ENDSA 2003 calcula que el sector público, incluidos los servicios de seguridad social, proveen el 56,6% de todos los métodos anticonceptivos modernos por conducto de su red de hospitales y clínicas, centros de salud pública, brigadas móviles y promotoras comunitarias, todos los cuales entregan anticonceptivos gratuitamente. En el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) a nivel nacional, la Dirección de Servicios de Salud (DSS) y la Dirección de Medicamentos (DINAMED), así como central abastecimiento para insumos de salud, CEASS, son las entidades que participan más directamente en la disponibilidad de anticonceptivos. El MSD opera en forma descentralizada.

Las principales ONG proveedoras de servicios de planificación familiar en Bolivia incluyen a PROSALUD (32 clínicas y el principal esfuerzo de mercadeo social), y el Centro de Investigación, Educación y Servicios, CIES (9 centros de prestación de servicios). Otros prestadores más pequeños son Marie Stopes, COMBASE y otros que operan clínicas o servicios de extensión en una o más zonas del país. En 2003, los hospitales de ONG y centros de salud dispensaron 3,9% de los insumos de planificación familiar en Bolivia a las MEF. [Cuadro A3]

Una fuente importante de anticonceptivos, las farmacias privadas, por lo general ofrecen métodos hormonales, condones y DIU, y son la principal fuente de anticonceptivos de mercado social, igual que insumos del sector privado comercial. En 2003, cubrieron al 24,2% de las usuarias. [Cuadro A3]

⁴ Medir los medios económicos implica fijar administrativamente un nivel determinado de riqueza por debajo del cual las personas pueden recibir servicios gratuitos o subsidiados. La medición de los medios económicos puede ser cara de administrar y difícil de validar. Otro método es usar una decisión tomada en la comunidad, método por el cual los grupos de la propia comunidad deciden quién debe recibir el subsidio.

Las clínicas privadas y los hospitales realizan AQV y colocan DIU, pero la mayoría remite a sus clientas a las farmacias para obtener píldoras, condones e inyectables. En 2003, la ENDESA mostró que 13,0% de las usuarias de los métodos modernos de planificación familiar fueron cubiertas por clínicas privadas, médicos y curanderos tradicionales. [Cuadro A3]

Análisis de Resultados

En esta sección se identifican resultados clave sobre segmentos de la población subatendida, se examinan las fortalezas del mercado y se consideran las repercusiones operacionales y de políticas tanto para el uso actual como el futuro. En particular, el análisis se concentra en los principales factores relativos a la descentralización, la retirada gradual de donaciones de la comunidad donante y la demanda no satisfecha – aspectos que afecten el progreso del país hacia la DAIA. Estos resultados se proponen ayudar al MSD y otras instituciones a entender las necesidades y las características actuales y futuras, fortalecer la estrategia general y aumentar al máximo los recursos disponibles.

Características de la clientela

Hay grandes disparidades en el país según una serie de características. Entre 1998 y 2003, la **TPA entre los quintiles más bajos ha aumentado más que en todos los demás quintiles de riqueza**. La TPA para este segmento aumentó de 7,1% en 1998 a 22,5% en 2003; comparado con un aumento mucho más modesto en el segmento más alto (45,6% en 1998 a 49,3% en 2003).

Pese a ello, en 2003 la **TPA entre los sectores de mayores ingresos (49,3%) es más que el doble de la que se observa en el segmento más pobre (22,5%)**.

Asimismo, la necesidad no satisfecha en el quintil más pobre se ha reducido considerablemente (de 46,1% (1998) a 37,8% (2003)) y sin embargo la **necesidad no satisfecha en este segmento (el más pobre) es más que tres veces la del grupo más rico (10,4% en 2003)**.

Cuadro 4: Uso actual de anticonceptivos y necesidad insatisfecha entre mujeres por características seleccionadas Bolivia 2003, 1998

Características	2003		1998	
	Total métodos modernos	Necesidad Insatisfecha	Total métodos modernos	Necesidad Insatisfecha
Residencia				
Urbana	40.3	18.4	32.3	19.4
Peri-urbana	26.6	25.2		
Resto Urbano	42.2	17.5		
Rural	25.0	30.4	11.3	39.2
Departamento				
Chuquisaca	35.1	30.4	17.8	39.3
La Paz	21.9	22.2	18.1	23.1
Cochabamba	32.4	24.0	23.4	31.4
Oruro	18.3	28.6	15.6	26.8
Potosí	25.3	30.2	12.4	37.7
Tarija	49.6	15.7	40.6	21.1
Santa Cruz	51.2	18.5	38.6	19.6
Beni/Pando	50.9	20.5	36.4	22.3
Quintil de Riqueza				
Más Bajo	22.5	37.8	7.1	46.1
Medio-Bajo	27.7	25.1	17.2	33.0
Medio	31.5	23.7	22.2	26.1
Medio-Alto	41.8	18.1	32.2	18.4
Más Alto	49.3	10.4	45.6	9.1
Edad				
15-19	26.3	33	9.8	33.9
20-24	36.1	30.1	20.7	32.5
25-29	38.8	24.2	28.8	27.5
30-34	39.7	23.4	29	29.7
35-39	37.1	21.1	28.4	25.3
40-44	34.7	19.7	26.3	21.5
45-49	18.8	11.2	17.3	13.3
Total	34.9	22.7	25.2	26.1

Fuente: ENDSA EDyS, Bolivia 2003, 1998

Si se examina la TPA y la necesidad no satisfecha por residencia, se verá una vez más que el segmento rural es el que más ha mejorado entre 1998 y 2003. En las zonas rurales, el método moderno creció más del doble, de 11,3% (1998) a 25,0% (2003) y la necesidad no satisfecha se redujo de 39,2% en 1998 a 30,4% en 2003. Esto se compara con una mejora mucho más moderada en la zona urbana, donde la TPA para los métodos modernos aumentó de 32,3% a 40,3% y la necesidad no satisfecha se redujo de 19,4% a 18,4% durante el mismo período.

Pese a todo esto, otra vez vemos que en 2003, **el segmento rural queda subatendido**. En 2003, el total de uso de métodos modernos entre las mujeres urbanas era del 40,3%, comparado con 25,0% en las zonas rurales. En 2003, el total de necesidad no satisfecha en las zonas rurales fue de 30,4% y solamente de 18,4% en las zonas urbanas.

Si se segmenta aún más la población urbana, las zonas periurbanas muestran características más similares a las rurales. La TPA entre las poblaciones periurbanas (26,6%) es similar a la del segmento rural (25,0%) y mucho más baja que la de la zona urbana (42,2%). Asimismo, la necesidad no satisfecha en las zonas periurbanas (25,2%) está más cerca de la que se encuentra en las zonas rurales (30,4%) que en el resto de las zonas urbanas (18,4%). ***Las similitudes en TPA y necesidad no satisfecha entre las zonas periurbanas y las rurales son importantes de considerar cuando se determinan segmentos y estrategias de enfoque.*** Si se sigue segmentando por riqueza y residencia, las tendencias son similares a los resultados ya mencionados.

Departamentos:

Bolivia está dividida en nueve departamentos regionales y 317 municipalidades. Los programas de planificación familiar están descentralizados y se manejan a nivel local, por lo tanto las políticas y los presupuestos pueden variar, con las consiguientes consecuencias y diferencias regionales en el progreso y los indicadores de disponibilidad asegurada y planificación familiar.

Los departamentos con tasas más altas de uso de métodos modernos incluyen a Santa Cruz (51,2%), Beni/Pando (50,9%), y Tarija (49,6%). Además de tener la TPA más alta, Santa Cruz y Tarija también tienen la tasa más baja de necesidad no satisfecha (18,5% y 15,7% respectivamente). Los que tenían la más baja de TPA fueron Oruro (18,3%), La Paz (21,9%) y Potosí (25,3%). La necesidad no satisfecha más alta ocurrió en Chuquisaca (30,4%), Potosí (30,2%), y Oruro con 28,6%. La necesidad no satisfecha en estos departamentos es casi el doble que la que se encuentra en Tarija (15,7%).

Oruro y La Paz

Los porcentajes más bajos de uso de métodos modernos se encuentran en La Paz y Oruro (22% y 18% respectivamente); en estos departamentos más de la mitad de la población es urbana (66,0% y 60,3% respectivamente). Esto es diferente a otros resultados que a menudo indican que las TPA más bajas y las mayores necesidades de se encuentran en las zonas rurales. Pregunta: ¿Por qué ocurre esto en Oruro y La Paz?

En el caso de Oruro, puede deberse en parte al hecho de que Oruro es principalmente una zona minera y el precio internacional del estaño ha caído marcadamente. En consecuencia, el desempleo ha aumentado. Si bien éste es principalmente un departamento urbano (60%) la mayoría de los mineros vive en la ciudad. Oruro tiene una infraestructura sanitaria muy débil. Además, algunas de las municipalidades más pobres se encuentran en este departamento. El caso de La Paz es más complejo y difícil a explicar.

La Paz esta más cerca al nivel central y es la región mas olvidada.

Algo positivo es que Chuquisaca mostró la reducción más grande de necesidad no satisfecha, de 39,3% (1998) a 30,4% (2003) y el aumento más grande de TPA, de 17,8% en 1998 a 35,1% en 2003.

En términos de edad, al parecer las mujeres entre 15-19 años son las más subatendidas, con una de las TPA más bajas de métodos modernos (26,3%) y la necesidad no satisfecha más alta (33,0%). Esto tiene consecuencias para la promoción de métodos, ya que las mujeres más jóvenes dependen más de los métodos en el corto plazo.

Razones para no usar ningún método

En el Cuadro A4 se mencionan las razones por las cuales algunas MUEF decidieron no usar ningún anticonceptivo en 2003, según diversas características y antecedentes. De las MUEF que no usan anticonceptivos, 10,8% indicó falta de conocimiento; 8,8% indicó oposición a la planificación familiar; y 8,4% indicó puerperio o lactancia materna como los motivos para no usar métodos anticonceptivos. Estas respuestas indican

falta de conocimiento u opiniones equivocadas sobre la planificación familiar. Apenas 3,0% indicó falta de acceso o costo como el motivo para la falta de uso.

Por ejemplo, la principal razón dada en el quintil más bajo fue falta de conocimiento sobre la fuente o el método de planificación familiar, con un 21,8%, mientras que solamente 1,2% de las MUEF usuarias de anticonceptivos del quintil más alto manifestaron falta de conocimiento como el motivo para no usar ningún método. En general, esto indica que los programas de Información, Educación y Comunicación (IEC) deben enfocarse en los segmentos de menores ingresos.

Las diferencias de motivos para la falta de uso también ocurren por residencia. La falta de conocimiento sobre la planificación familiar como motivo para el no uso fue casi 4 veces más alta en las zonas rurales que en las urbanas (18,4% y 4,7% respectivamente). El costo y la falta de acceso fueron más del doble en las zonas rurales que en las urbanas (4,4% y 1,8% respectivamente).

Figura 3: Razones para no usar anticonceptivos entre MUEF, por riqueza (Bolivia, 2003)

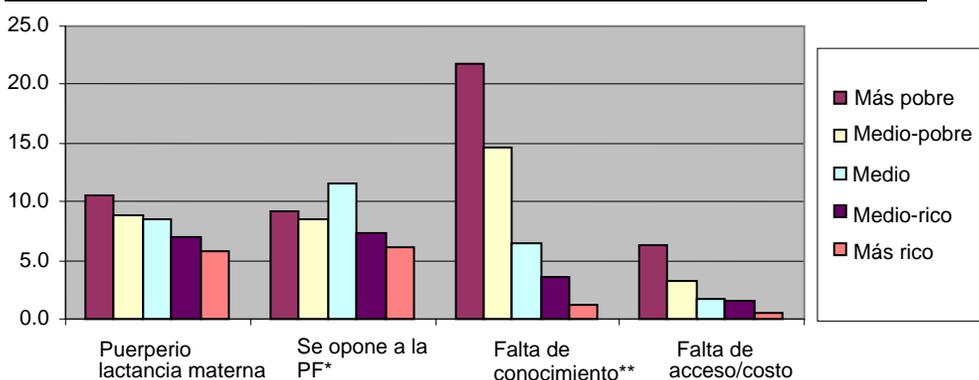
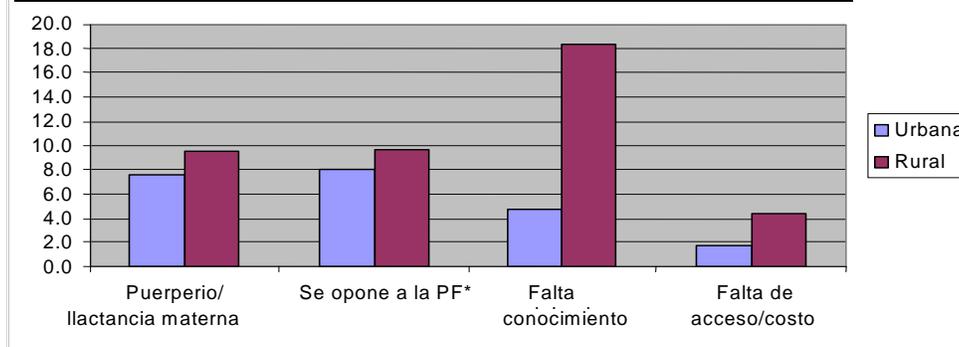


Figura 4: Razones para no usar anticonceptivos por MUEF, por residencia (Bolivia, 2003)



Mezcla de métodos

En general, de las usuarias de planificación familiar, las MUEF eligieron el DIU más que ningún otro método anticonceptivo moderno (17,5%). Este fue seguido por los inyectables (13,7%), la AQV (11,2%), el condón (6,6%), la píldora (6,1%) y por último el método de lactancia (MELA)/diafragma/espuma (4,8%). [Cuadro A5]

Como lo indican las tendencias generales, el aumento en el uso de la inyectable parece ser el motor detrás del crecimiento de la TPA. Un alto volumen de donaciones de inyectables contribuyó directamente a aumentar la TPA en los últimos años. En términos de la mezcla de métodos, el uso de la inyectable aumentó de 2,3% en 1998 a 13,7% en 2003.

La proporción de usuarias de inyectables es considerablemente más alta en los segmentos más pobres y en los rurales. Entre las usuarias de los inyectables en 2003, 21,1% provienen del quintil más bajo, mientras que solamente 10,7% pertenecen al quintil más adinerado. Más aún, entre las usuarias de inyectables, la proporción del quintil más bajo aumentó de 5,5% en 1998 a 21,1% 2003. [ver Figura 6]

Entre 1998 y 2003, la parte de usuarias de inyectables aumentó 18,4 puntos porcentuales entre las usuarias rurales, comparadas con un aumento de apenas 8,5 puntos porcentuales entre las urbanas. En 2003, 20,3% de las usuarias de planificación familiar de las zonas rurales eligieron los inyectables comparadas con 10,9% en las zonas urbanas. [Cuadro A5]

Al tiempo que el número de usuarias de inyectables aumentó desde 1998, el uso del DIU representa la reducción más grande en toda Bolivia. Mientras que en la actualidad el DIU representa la proporción más amplia de usuarias de planificación familiar, la tendencia deja traslucir que los inyectables pronto ocuparán ese lugar.

Figura 5: Mezcla de métodos

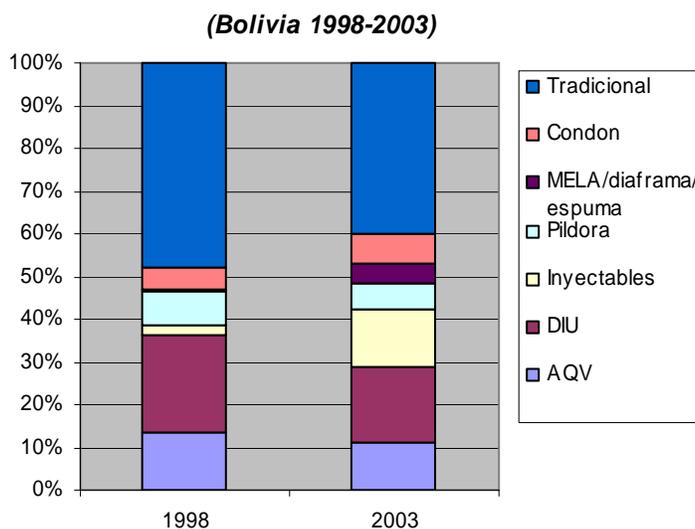
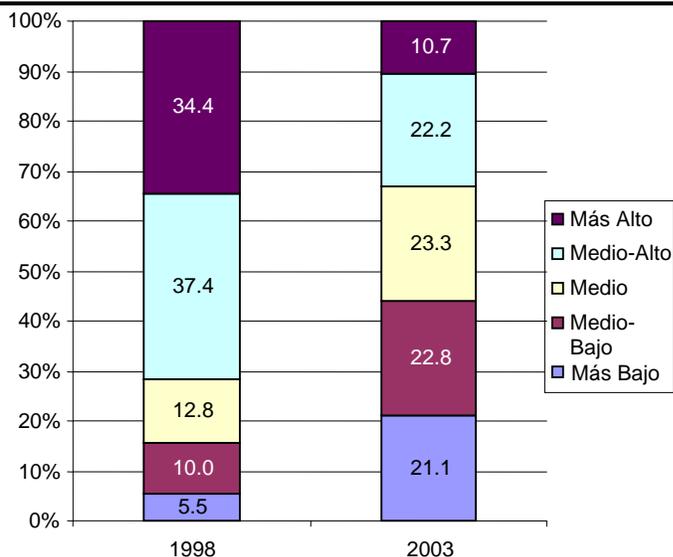


Figura 6: Porcentaje de distribución de MEF usuarias de inyectables por quintil, Bolivia 2003



La Figura 7 proyecta la demanda prevista de inyectables y DIU basada en tendencias recientes y muestra que para el año 2008 la TPA de inyectables podría ser el doble que la de DIU.

El método de planificación familiar que cada mujer elige varía con su situación económica. La Figura 8 muestra la mezcla de métodos por quintil de riqueza. Los datos muestran claramente que el uso de métodos tradicionales es más común entre el 40% (Q1 y Q2) más pobre y más bajo entre el 20% (Q5) más alto. Los inyectables son el método más popular entre los quintiles más pobres y su uso se reduce con cada quintil de riqueza sucesivo. Por otro lado, el DIU es mucho más popular entre los quintiles más ricos que entre los más pobres. Esto también se aplica a la esterilización y el uso de condones. El uso de la píldora es relativamente constante en todos los quintiles de riqueza.

La Figura 9 muestra los cambios en la combinación de métodos en los quintiles más pobres y más ricos entre 1998 y 2003. Lo que más llama la atención es el considerable aumento en el uso de inyectables por el quintil más pobre durante este periodo. Este aumento ha llevado a una reducción similar en el uso de métodos tradicionales.

La Figura 10 muestra que el método de planificación familiar que una mujer elige también varía por residencia. Por ejemplo, en las zonas urbanas 20,2% de las MUEF eligieron el DIU como método preferido comparado con 10,8% en las zonas rurales. Por otro lado, casi el doble, o 20,3%, de las MUEF de las zonas rurales eligió las inyecciones comparado con el 10,9% en las zonas urbanas. Solamente 2,3% de las mujeres en las zonas rurales está eligiendo el condón comparado con 8,4% en las zonas urbanas.

La elección de método moderno también varía por riqueza en las zonas rurales y en las zonas urbanas. Casi la quinta parte (19,5%) de las MUEF usuarias pertenecientes al quintil más bajo en zonas urbanas eligió la esterilización femenina comparadas con 4,9% de las mujeres del mismo quintil en las zonas rurales. El doble

Figura 7: Mezcla proyectada de inyectables y DIU basada en análisis de tendencias

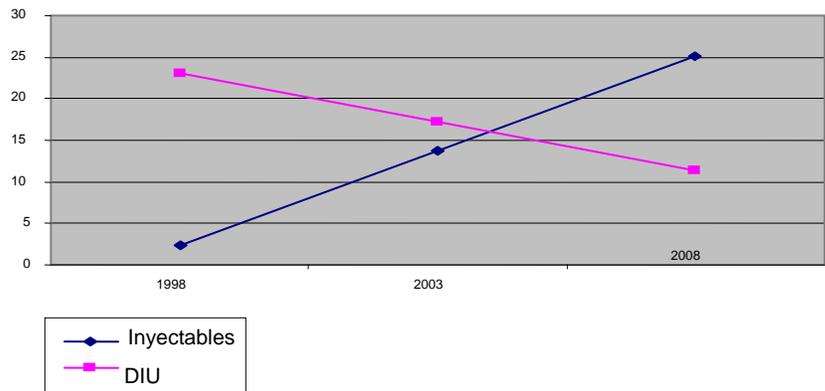
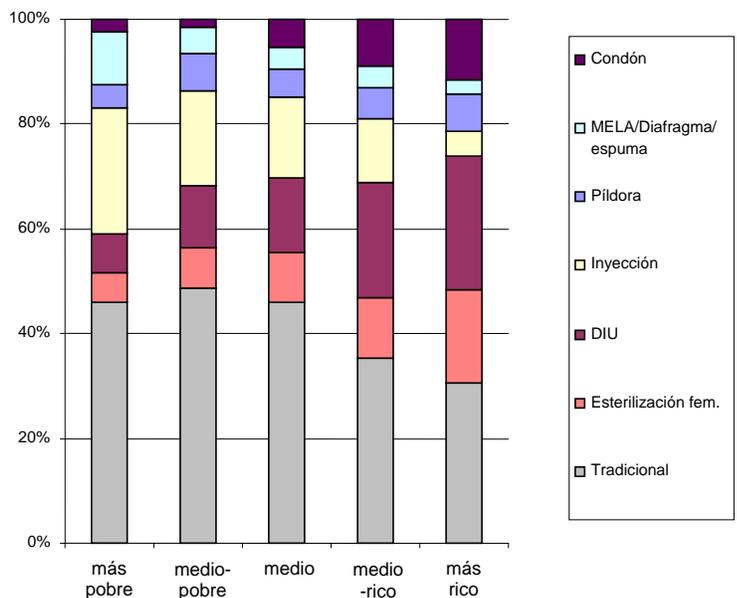


Figura 8: Mezcla de métodos, (incluido tradicional), 2003 por quintil, Bolivia



del porcentaje de mujeres en las zonas urbanas en los dos quintiles más bajos está eligiendo la inyectable comparadas con las mujeres de los dos quintiles más bajos en las zonas rurales. Tres veces más de mujeres del quintil más bajo está eligiendo el condón en las zonas urbanas comparadas con las del mismo quintil en las zonas rurales (7,4% y 2,1% respectivamente). Esto sugiere menos disponibilidad de todos estos métodos en las zonas rurales comparadas con las urbanas. En los dos quintiles más altos se observan patrones similares.

Figura 9: Mezcla de métodos, Q1 comparada con Q5, Bolivia 1998 y 2003

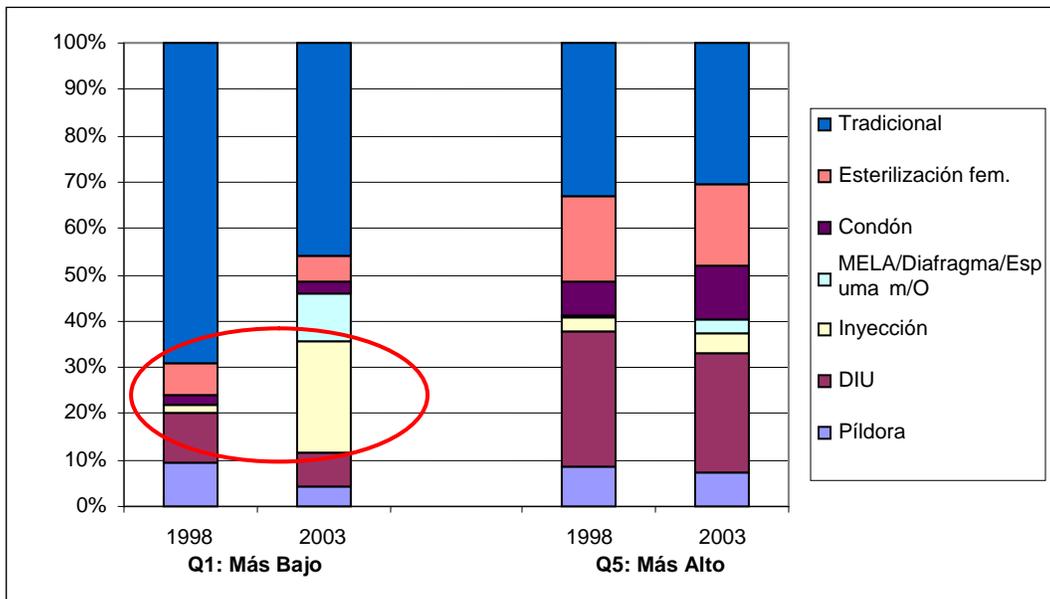
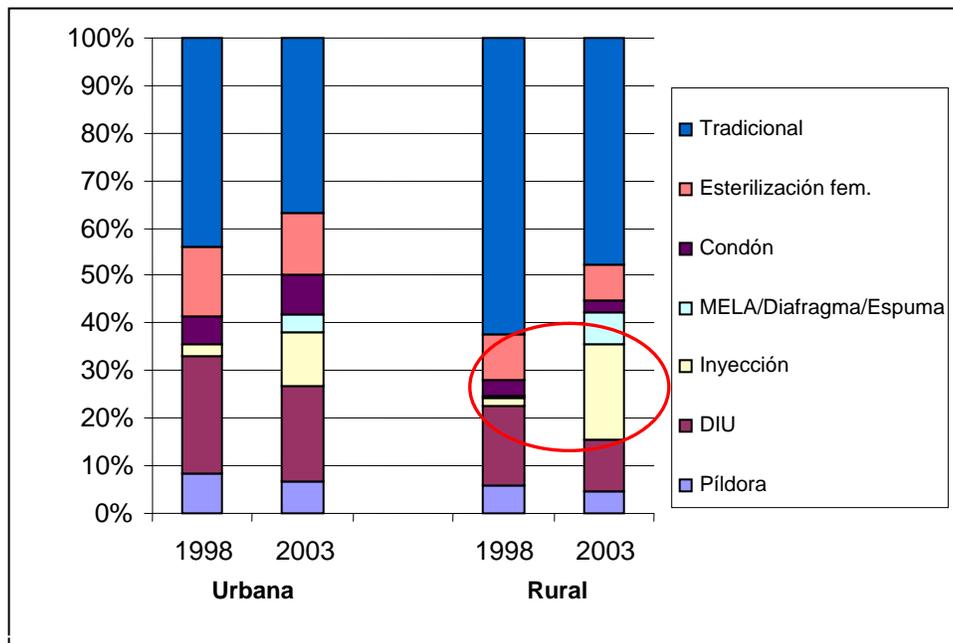


Figura 10: Mezcla de métodos por residencia, Bolivia 1998 y 2003



Fuente/Suministro

Si examinamos los cambios en las fuentes de suministro de métodos de planificación familiar a lo largo de varios años, entenderemos mejor algunos de los cambios en las usuarias de métodos modernos y la forma en que algunas de las políticas en Bolivia pueden estar contribuyendo a dichos cambios en la provisión de anticonceptivos en el mercado.

La Figura 11 ilustra que el sector público total como fuente/suministro de anticonceptivos aumentó considerablemente entre 1994 y 2003, de 33,3% a 56,6%, es decir un total de 23,3 puntos porcentuales. Por el contrario, los proveedores privados (aparte de las farmacias) disminuyeron

como porcentaje del total por 30 puntos porcentuales durante el mismo periodo (1994: 43,0% a 13,0% en 2003). Dicho aumento de la participación del sector público puede ser a causa de la implementación del SUMI. Asimismo, el aumento de la participación del sector público puede haber contribuido a la reducción de la demanda insatisfecha. Sin embargo, la tendencia implica que el sector público está reemplazando al sector privado como fuente de anticonceptivos y **suscita preocupación sobre la capacidad del sector público de satisfacer la demanda futura dada su creciente parte del mercado y la retirada del financiamiento bilateral de los donantes.**

En términos de otras fuentes, las farmacias y las ONG han aumentado ligeramente como fuentes de anticonceptivos. El sector de las ONG se ha más que duplicado, de menos de 2% en 1998 a 3,9% en 2003, mientras que las farmacias aumentaron de 21,3% a 24,2% entre 1994 y 2003.

Al analizar la fuente de suministros por quintil, parecería que la dependencia del sector público se reduce a medida que aumenta el nivel socioeconómico. Por el contrario, la demanda en las farmacias y “otras fuentes privadas” aumenta con el aumento de la riqueza. Mientras que los segmentos más adinerados recurren más que los pobres al sector privado, esta fuente se ha reducido y más personas de los quintiles altos están recibiendo servicios del sector público. Entre 1998 y 2003, el uso por el quintil más rico de “otras fuentes privadas” disminuyó de 41,9% a 20,3%. [Cuadro A3] Durante el mismo período, en el quintil más alto el uso del sector público aumentó dramáticamente de 26,8% en 1998 a 38,2% en 2003, con lo cual el sector público pasó a ser, junto con las farmacias, la principal fuente de servicios para el quintil más alto. En general da la impresión de que hay **una gran dependencia del sector público entre todos los segmentos altos y que esta dependencia aumentó en todos los quintiles entre 1998 y 2003.**

Figura 11: Cambios en fuentes de anticonceptivos y Condones, Bolivia 1994-2003

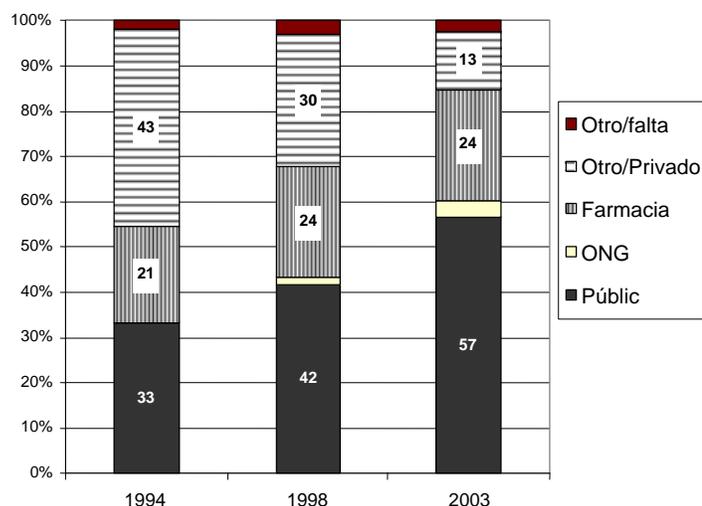
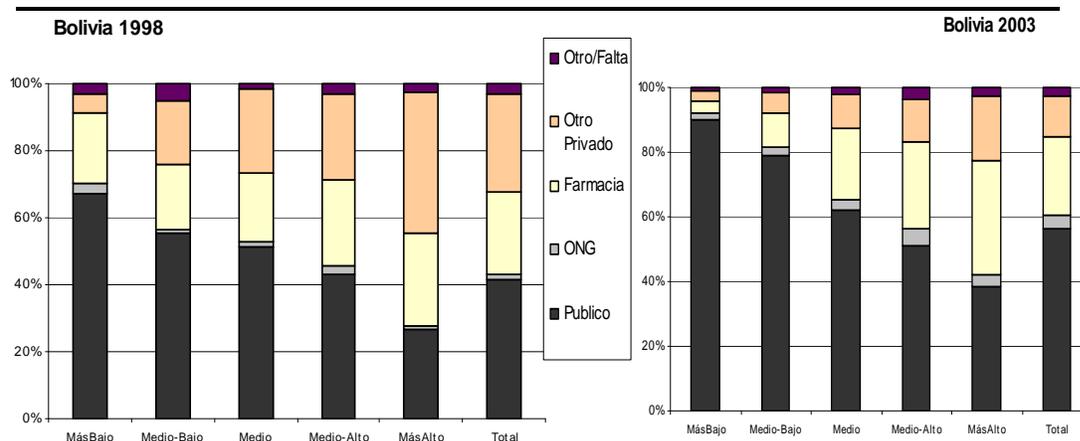


Figura 12: Fuentes de MEF usuarias de anticonceptivos, MEF por quintil



Con la base de datos históricos, los resultados también muestran que ciertamente hay un mercado y una demanda de los servicios y productos que ofrecen el sector privado y las farmacias. En 1998, casi 70% del quintil más alto dependía de fuentes privadas (otros servicios privados y farmacias) mientras que en 2003, apenas 55,4% de este quintil recurría al sector privado, pese a un aumento de 7,4 puntos porcentuales en el uso de las farmacias en este quintil durante este periodo.

Por el contrario, entre 1998 y 2003, la proporción de usuarios del sector público provenientes de los quintiles más altos aumentó de 26,8% a 38,2% [Cuadro A7]. Estos resultados sugieren que aun entre la población más adinerada, hay un cierto grado de reemplazo de “otros servicios privados” por el sector público como fuente de suministro. Valdría la pena investigar qué barreras han contribuido a este cambio, especialmente en el quintil más alto.

Examinando la situación desde la perspectiva del sector público, vemos que mientras apenas 34,2% de los recursos del sector público están siendo utilizados por los dos quintiles más bajos, **45,6% están siendo utilizados por MEF de los dos quintiles más altos** [Cuadro A8]. La consecuencia de que los usuarios que más puedan pagar recurran al sector público es que hay menos recursos públicos para los usuarios más pobres. Aún cuando los dos quintiles más altos están accediendo a los recursos públicos, las cifras totales muestran una fuerte mejora con respecto a 1998, cuando apenas 8,3% (incremento de 8,3% al 34,2% en 2003) de la proporción pública de los anticonceptivos se destinaba a las mujeres en el quintil más bajo.

Es importante señalar también que una proporción significativa de la población cubierta por el seguro social esta recibiendo sus servicios de planificación familiar en instituciones del MSD, sector privado y ONG (Figura 14).

Figura 13: Cambio en fuente de método moderno por MEF usuarias de anticonceptivos por residencia, Bolivia 2003 y 1998

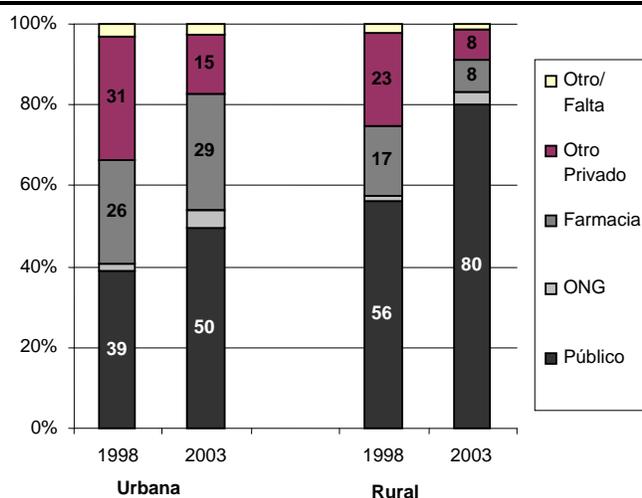
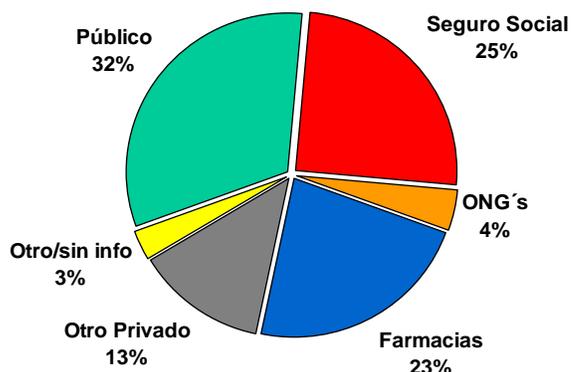


Figure 14: Distribución de Usuarios Beneficiarios del SS por Fuente de Abastecimiento (15.3% MEF)



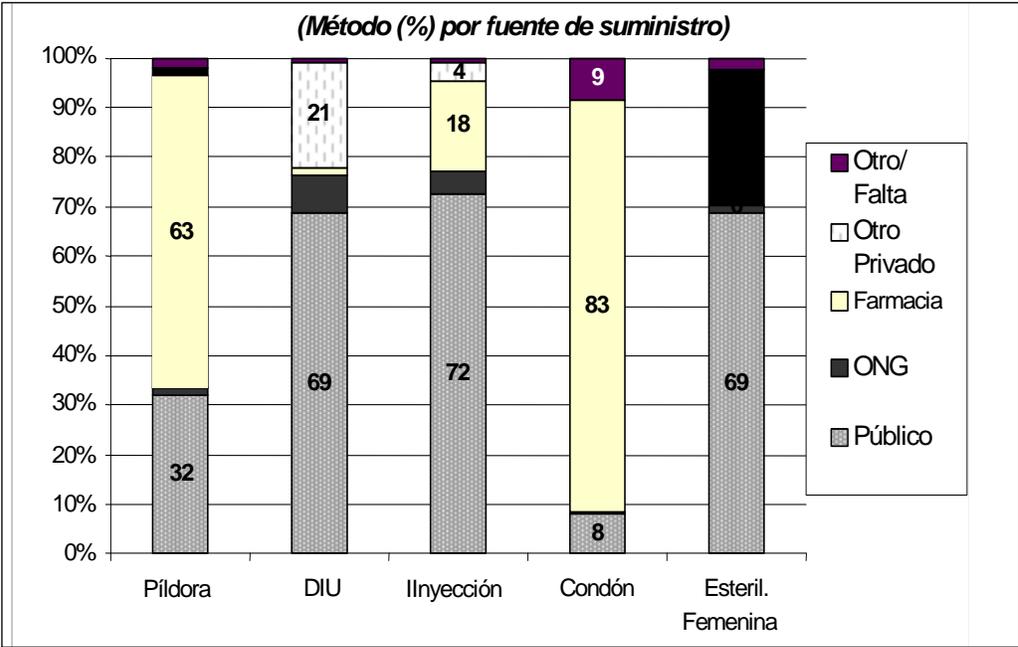
Residencia (Zonas urbanas frente a zonas rurales)

En Bolivia, también hay diferencias en la fuente y suministro entre las zonas urbanas y las rurales. Un porcentaje más alto de mujeres rurales usuarias de métodos modernos está recurriendo a los recursos públicos en busca de anticonceptivos, comparado con las usuarias urbanas (80,2% y 49,8% respectivamente). [Cuadro A7]. La Figura 14 muestra el notable cambio en fuente de suministro tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Por ejemplo, el sector público aumentó como porcentaje de la fuente de suministro en las zonas urbanas en 10,7 puntos porcentuales, y más del doble en las zonas rurales, o 24,2 puntos porcentuales. Debido a que las zonas rurales en Bolivia también son principalmente pobres, ellas tienen más necesidad de recursos públicos. En consecuencia, este aumento parece reflejar algunos programas y políticas bien enfocadas, lo cual podría sugerir una relación con la mejora en la TPA en estas zonas. Bolivia parece estar progresando en la extensión de cobertura de sus recursos públicos a algunas de estas áreas que tienen más necesidad. En general, el mercado está más diversificado como fuente de suministro entre la población urbana, donde las farmacias son una fuente de suministro para 28,9% de la población. Otras fuentes privadas cubren a 14,5% de la población urbana.

Fuente/suministro por método

La Figura 15 indica que la fuente de suministro parece estar en gran medida segmentada con base en si el método usado requiere de servicios clínicos o no. Vemos que el sector público es la mayor fuente de AQV (69,1%), DIU (69,0%), e inyectables (72,3%). Por otro lado, las farmacias son la principal fuente de métodos no clínicos: píldoras (63,0%) y condones (83,0%). En términos de “otras fuentes privadas” estas cubren esterilizaciones (27,6%) y DIU (21,4%).

Figura 15: Fuente de anticonceptivos modernos para MEF por método Bolivia 2003



Estas claras distinciones según método dan lugar a preguntarse por qué tantas usuarias (muchas de las cuales tienen dinero) están prefiriendo al sector público sobre el privado para métodos clínicos. Por ejemplo, 69% de los DIU y de la esterilización femenina provienen del sector público. Sin embargo, a partir del análisis de la mezcla de métodos sabemos que ambos servicios se usan más en los quintiles más altos, lo cual implica que estos están recurriendo al público antes que al privado para obtener estos métodos. Este es un fuerte factor en términos de la cantidad de recursos del sector público que consumen los quintiles altos. En 1998, el DIU era el método más usado en los quintiles bajos. La Figura 12 ilustra que 45,6% de los recursos del sector público están siendo empleados por los dos quintiles más altos. Este nuevo análisis de método por fuente infiere que el sector público está siendo usado por los quintiles altos para obtener DIU y AQV.

Recursos sectoriales

De la mezcla de métodos descrita anteriormente y el análisis de recursos, sabemos que el sector público es el principal proveedor de inyectables (aportados por donantes) y que esta función ha aumentado considerablemente en los últimos cinco años. También sabemos que los segmentos rurales y más pobres representan la mayoría del aumento en el uso de inyectables. Finalmente, sabemos que los donantes están pensando en reducir gradualmente los inyectables.

En términos de asignación de recursos y planificación, es importante que los diversos sectores entiendan que la combinación actual de métodos y su fuente de suministro pueden afectar el mercado futuro.

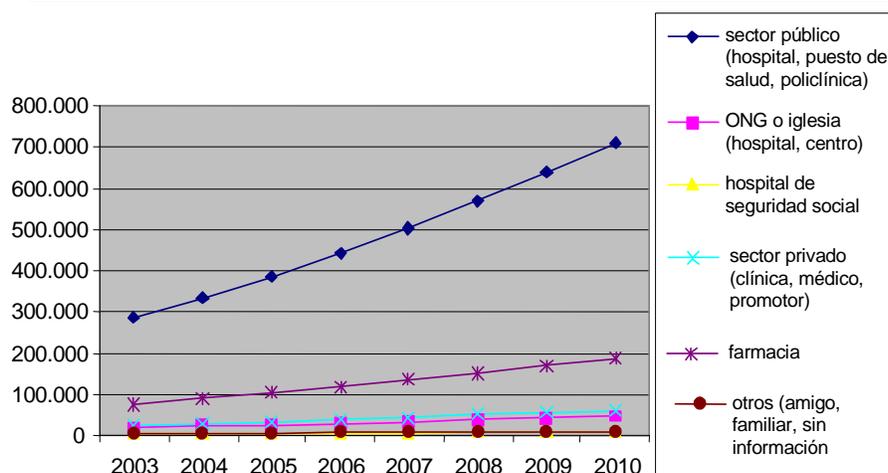
Con la base en la tendencia proyectada del uso de los inyectables y para mantener la fuente de suministros constante según los resultados de la ENDSA 2003, la necesidad de inyectables en el sector público va a crecer de casi 300.000 inyectables en 2003 a más de 700.000 en 2010.

A medida que los donantes abandonen las donaciones de inyectables, **¿Cómo podrá el sector público satisfacer la demanda actual y la pronosticada en términos de insumos?**

Una opción sería que otro sector aumentara su mercado de inyectables. Las farmacias son la segunda fuente de provisión de inyectables. La gráfica anterior predice que la necesidad de inyectables en las farmacias será más del doble, de aproximadamente 76.000 a casi 200.000. De la

misma manera, otras fuentes privadas necesitarán pasar de unos 25.000 a más de 60.000 inyectables. Si el sector público reduce su disponibilidad y acceso a inyectables, es probable que algunos de los otros mercados (específicamente las farmacias y el sector privado) comiencen a cubrir esta demanda. Sin embargo, como sabemos que los segmentos pobres y rurales son los principales usuarios de inyectables, es probable que estos grupos no tengan acceso (por razones de costos y barreras geográficas) y no puedan depender de dichos mercados. En consecuencia, es de suponer que los segmentos pobres y rurales cambiarán de método o tendrán una necesidad insatisfecha. De ser ése el caso, el sector público deberá comenzar a satisfacer la creciente demanda de estos otros métodos, o ser testigo de un impacto negativo en los resultados generales de salud.

Figura 16: Requerimiento de insumos inyectables por fuente con base en tendencias



Líneas Estratégicas y Opciones para el Futuro

Examinando las tendencias en la fuente de métodos de planificación familiar sobre un período de cinco años, podemos entender mejor algunas de las características cambiantes de los usuarios de métodos modernos y cómo algunas de las políticas del gobierno de Bolivia puedan estar contribuyendo a los cambios en la fuente de anticonceptivos en el mercado. Por ejemplo, la fuente de anticonceptivos del sector público aumentó perceptiblemente, un total de 15 puntos de porcentaje, entre 1998 y 2003 (de 42% a 57% respectivamente). También, el sector de ONG, aunque captura una proporción más pequeña de la fuente total, que duplicó desde 1998, aumentando de menos de 2% a 4%. Por otra parte, proveedores privados, con excepción de las farmacias, disminuyeron en un 17%, en el mismo año (de 30% a 13%).

Dado el incremento notable en la Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (TPA):

- ¿Cómo se pueden mantener las tasas positivas e incluso incrementar la TPA?
- ¿Cuáles son las políticas y estrategias de planificación familiar en Bolivia que han impulsado al cambio positivo? ¿Hay otras políticas o estrategias que se podrían implementar para fortalecer la estrategia del gobierno de Bolivia de reducir la mortalidad materna y la necesidad insatisfecha de la planificación familiar?
- ¿Cómo se pueden facilitar otros mecanismos de financiación y fuentes del mercado para incrementar la participación del sector privado, manteniendo a la vez el apoyo al sector público?

A fin de elaborar una estrategia de mercado que racionalice y coordine intervenciones sectoriales, incluyendo la selección de segmentos/grupos y métodos como objetivos, es esencial adoptar tantos procesos como sistemas y estrategias programáticas.

En la actualidad, el gobierno de Bolivia provee anticonceptivos gratuitos a cualquier cliente/a que reciba servicios/productos de una institución del gobierno, sin tener en cuenta su capacidad de pago ni sus ingresos. Si bien la provisión gratuita de servicios/productos de planificación familiar por parte del gobierno a través del Seguro de Salud puede haber aumentado la TPA en Bolivia, el análisis de segmentación del mercado muestra que personas con capacidad de pago, provenientes de grupos con ingresos medios y más altos, están, en efecto, recibiendo productos subsidiados. Un enfoque efectivo de escasos recursos del gobierno podría satisfacer mejor la necesidad insatisfecha de servicios y productos de PF en Bolivia. Si bien los grupos y los individuos deberían identificar y convenir en los segmentos y los beneficiarios en forma colectiva, la siguiente sección indica varias opciones y estrategias. Los datos sobre los sectores urbanos y rurales son fáciles de conseguir en este contexto a través de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud y pueden ser utilizados como representativos de segmentos ricos y pobres de la población.

Aumentar la eficiencia y el uso de los recursos: segmentación y focalización de opciones

La focalización de estrategias ayuda a identificar posibles ventajas comparativas de cada uno de los sectores que provee productos y servicios de planificación familiar (Ministerio de Salud y Deportes, la Seguridad Social, CIES, PROSALUD, otras ONG, y el sector comercial) y puede ayudar con la definición del papel que desempeñan los proveedores de productos y la racionalización de uso/venta de estos productos y servicios. Habrá que asegurar que las políticas y estrategias de la DAIA sirven para incrementar el acceso a la planificación familiar para todas las poblaciones en Bolivia. Mientras que los recursos del sector público deben ser enfocados hacia el sector más pobre, los otros sectores deben de enfocarse en los otros segmentos de la población (los otros quintiles socio-económicos).

Sector público:

Actualmente el gobierno de Bolivia, a través del Ministerio de Salud y Deportes (MSD), proporciona anticonceptivos gratuitamente a cualquier usuario que busque estos servicios o productos en establecimientos públicos, sin importar su capacidad de pago o su nivel de ingresos. Para maximizar recursos, el Ministerio podría cambiar su papel al de:

Mejorar la oferta de métodos de largo plazo que son más eficientes como la AQV y el DIU. El sector público debe tener la estrategia de ofrecer métodos de mayor costo/efectividad, como lo son la AQV y el DIU.

Enfocarse en poblaciones con menos acceso particularmente en el área rural Bajo esta opción, el MSD coordinaría, tanto como fuera posible, la participación de cada sector, para así satisfacer la DAIA. Probablemente algunos grupos van a ser difíciles de alcanzar y las ONG y sectores comerciales no podrán llegar a cubrirlos – específicamente grupos pobres y rurales y grupos en regiones con menos acceso. Estos grupos serían servidos por el sector público. Sin embargo, la segmentación de análisis por ingresos es difícil y costosa, y podría ser más fácil que el MSD utilice el segmento rural como representativo del sector pobre de la población el 93%: de las MUEF en Bolivia son del quintil más bajo y viven en áreas rurales; solamente 7% de las MUEF viven en áreas urbanas. Este sector de la población tiene la necesidad insatisfecha más grande y es el más difíciles y económicamente costoso de alcanzar. Por este motivo, estos grupos no son económicamente viables como poblaciones de enfoque para el sector privado y las ONG, que generalmente requieren la recuperación de costos para asegurar sostenibilidad financiera. Para enfocarse con eficacia en las poblaciones con menos acceso, el MSD podría implementar una serie de estrategias, incluyendo:

Contratación de servicios de salud primaria de planificación familiar. Examinando proyectos del Banco Mundial y el aumento en la contratación de ONG para servicios de salud en la región se puede considerar *contratar a ONG* para ampliar la cobertura. Se podría usar como ejemplo el sistema de contratación que fue diseñada en Bolivia bajo un proyecto del Banco Mundial y/o los proyectos que fueron implementados en Nicaragua, en base experimental, por el Banco Mundial y, a nivel nacional, en Guatemala donde se utilizaron préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), para aumentar la entrega de servicios de salud primaria. En éste contexto, el sector público mantendría la responsabilidad de servir a las áreas rurales, pero las ONG desarrollarían redes de contactos y relaciones al nivel comunitario en estas regiones difíciles de alcanzar. Por ejemplo, las ONG podrían fortalecer la calidad de servicios para satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos de largo plazo a través de clínicas

móviles, etc., tomando en cuenta la alta necesidad y demanda de los sectores pobres y rurales de la sociedad. Además las ONG podrían usar estrategias diferentes para enfocarse en estos grupos dadas sus características raciales y culturales.

Estas estrategias pueden ser más costosas, pero como parte de la nueva estrategia del mercado se liberarían recursos del sector público que los municipios podrían invertir en sectores vulnerables de la población. Sin embargo, el sector público también podría conducir un análisis de costo-beneficio para decidir si contrata a las ONG, por lo menos en los municipios con más capacidad administrativa que puedan tener posibilidad de monitorear los contratos. Se debe observar que si el MSD no desea contratar a las ONG, también podrían hacerlo ellos mismos, pero tendría que encargarse de crear la infraestructura y proveer el personal necesario para encargarse de estos sectores, donde las ONG ya podrían estar funcionando.

Contar con una oferta básico de métodos. El sector público no necesitaría proveer múltiples marcas del mismo método porque los sectores comerciales y las ONG se encargarían de ofrecer esta variedad. Sin embargo con las píldoras habría que ofrecer, si fuera posible, un rango de opciones dada la composición química de dicho método. Como en Bolivia hay más libertad de escoger, se puede racionalizar la escogencia de varias marcas y no depender de los donantes para decidir cuáles marcas se deben ofrecer.

Servir como una red de seguridad. Además de enfocarse en los grupos rurales y pobres, sería la responsabilidad del sector público de servir como una red de seguridad, ofreciendo servicios a los grupos que, por cualquier razón, no pueden tener acceso al mercado privado o al de las ONG.

Rectoría y coordinación de productos y servicios de planificación familiar para asegurar la disponibilidad a cada sector y, con este esfuerzo, *focalizarse* en la meta de obtener disponibilidad asegurada de anticonceptivos por sector. Esto implicaría que cada sector cubriría segmentos específicos de la población y sería la responsabilidad del MSD asegurarse que no falte ni se duplique la cobertura de estos servicios y productos.

Regulación y control de calidad de productos y servicios de planificación familiar. En cuanto el MSD dejara de proveer todos los métodos anticonceptivos a todas las poblaciones y empezara a coordinar y asegurarse que todas las necesidades están siendo satisfechas, también sería la responsabilidad del sector público asegurarse que exista el control de calidad en el sector comercial/privado. Asimismo, en Bolivia el gobierno regula a través de los precios referenciales para los establecimientos de salud. Por lo tanto, la regulación de calidad sería una función importante de MSD en su nuevo papel de coordinador y rector.

ONG

Las ONG tienen el potencial de desempeñar varios papeles en esta nueva estrategia de mercado para la planificación familiar, incluyendo:

Ayudar al Ministerio de Salud y Deportes a llegar a las poblaciones pobres, rurales, y con menos acceso. Aunque la TPA ha mejorado durante los últimos años en la población rural, el sector rural sigue siendo una de las poblaciones con más necesidad insatisfecha. Asimismo, el grupo etario de 15 a 19 años de edad es el grupo menos cubierto, con la TPA más baja (33%), y la necesidad insatisfecha bastante alta (33%). Complementando la nueva campaña enfocada en las poblaciones jóvenes y rurales, la información y la comunicación sobre la planificación familiar podrían ayudar a aumentar la TPA.

Si ya se sabe que la población más pobre reside en el área rural y es el grupo más necesitado, habrá que enfocar los recursos para poder llegar a atender a esta población. Según lo discutido anteriormente, los municipios con más capacidad administrativa podrían optar por contratar a ciertas ONG para ayudar a resolver las necesidades insatisfechas en las áreas rurales. La contratación de las ONGs podría ser una forma más eficiente y manejable para el Ministerio. De esta forma, ONG seleccionadas serían los proveedores de servicios de salud primaria en áreas rurales y difíciles de alcanzar. Las ONG desarrollarían estrategias para satisfacer la demanda insatisfecha, usando los resultados de la segmentación del mercado, resumidos en este informe, y conduciendo un análisis de los motivos del no uso de los anticonceptivos. Por ejemplo, debido a la alta necesidad y demanda de limitar los embarazos en este segmento de la población, las ONGs podrían desear introducir clínicas móviles u otras estrategias para asegurar el acceso y la disponibilidad de los métodos de planificación familiar a largo plazo. Los proveedores de servicios de salud primaria ya podrían estar funcionando en áreas difíciles de alcanzar. De esta forma la planificación familiar se podría integrar a los servicios existentes. Asimismo, si se están orientando estrategias de mercadeo hacia la población joven, de 15 a 19 años de edad, habrá que tomar en cuenta la preferencia de métodos de corto plazo.

En particular, **el mercado de enfoque de PROSALUD necesita ser identificado**, clarificado y, por lo tanto, se debe desarrollar un plan de sostenibilidad para que la población de enfoque de PROSALUD no sea la misma que la del Ministerio de Salud y Deportes. PROSALUD y el Ministerio podrían llegar a proveer acceso universal a la planificación familiar, evitando la duplicación del Ministerio y/o proveedores privados y farmacias comerciales. Por ejemplo, si bien sabemos que casi 45% de los recursos del sector público están siendo utilizados por los dos quintiles más altos (principalmente al nivel clínica para la esterilización femenina y la inserción del DIU), las ONG podrían ofrecer estos métodos a la gente con habilidad de pago como estrategia de segmentación del mercado. Aquí también es importante que PROSALUD comience a comprar algunos de los métodos hormonales directamente de los proveedores para establecer precios reales en el mercado.

Ofrecer diferenciación de marcas. Si el Ministerio opta por contar con una oferta básica de métodos según lo sugerido arriba, sería óptimo si PROSALUD y otras ONG pudieran ofrecer otras marcas para complementar las fuentes de oferta del Ministerio.

Sector comercial

Aunque el Comité de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos no necesariamente podría afectar directamente las fuentes de oferta del sector comercial de productos y servicios de planificación familiar con la implementación de algunas de las opciones enumeradas arriba, el Ministerio sí podría influenciar indirectamente los servicios anticonceptivos y los productos ofrecidos por el sector privado. Las empresas privadas y las farmacias comerciales además serían beneficiadas si colaboraran con el Comité DAIA y el Ministerio. Las empresas y las farmacias podrían utilizar los estudios de mercado para determinar si sus productos son viables para diversos grupos de la población y en diversas áreas geográficas. Estas son algunas de las posibles áreas de enfoque para el sector comercial, tomando en cuenta estudios de mercado:

Enfocarse en poblaciones urbanas (como representativas de los grupos más ricos) El sector comercial tiene un mercado potencial muy importante en el área urbana donde generalmente se concentra más riqueza. En las áreas urbanas el uso total de métodos modernos es 40% con una necesidad insatisfecha de 18%.

El mercado comercial de anticonceptivos es muy limitado, ya que este es aún incipiente en términos de ofrecer precios accesibles a la mayor parte de la clase media y media-alta de la población, que generalmente se concentran en las áreas urbanas del país. Los rangos de precios en el sector comercial son significativos. Por ejemplo, mientras que el precio de la Depo-Provera (inyectable trimestral) distribuida por Laboratorios INTI es Bol\$12, el precio del inyectable mensual mesigyna (de Schering) está alrededor de Bol\$35.00 (precios a dic/03). Cabe resaltar que INTI es el principal distribuidor de PROSALUD, quien a su vez recibe donaciones de métodos anticonceptivos, lo que le permite distribuir los productos a precios subsidiados.

Para desarrollar el sector comercial, es importante que los laboratorios locales tengan un incentivo claro para incursionar en el mercado anticonceptivo. Esto significa que los precios deberían equipararse de tal manera que tanto INTI como Schering y otros laboratorios tengan diferencias de precios que permitan el acceso de la población a métodos anticonceptivos de buena calidad y mediano precio, que permita cubrir las necesidades de las clases socio-económicas que acuden a las farmacias, especialmente en las áreas urbanas. Para ello, la disminución de subsidios y la ampliación de la oferta de métodos en el sector comercial es fundamental, así como una política de precios que favorezca tanto al usuario como a los laboratorios.

Ampliar la promoción de esterilización femenina, DIU, inyectables y ciclos orales en el sector privado. Actualmente los sectores más ricos de la población, particularmente en áreas urbanas, dependen del sector público para obtener esterilización femenina y DIU. Por este motivo, es importante considerar la viabilidad del sector privado en estos mercados donde la venta de métodos está siendo dominada por el sector público. Algunas opciones para llegar a esta meta incluyen:

- Si bien el sector público dejaría de ser apoyado por donaciones de depoprovera, se esperaría que los otros sectores no-públicos pudieran complementar la oferta del sector público y/o reemplazar dicho mercado y ofrecer depoprovera a la población que ya se acostumbró a utilizar dicho método.
- Cooperar con organizaciones de mercadeo social, de modo que estas organizaciones proporcionen DIU e inyectables a clínicas a precios subvencionadas. Las clínicas privadas a su vez podrían venderlos a precios reducidos y ofrecerlos a los clientes.

Referencias

1. Sardán, Mario Gutiérrez, Luis Hernando Ochoa, Walter Castillo Guerra. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Ministerio de Salud y Deportes (MSD). (2003) *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)*. Bolivia; Demographic and Health Surveys; Macro Internacional Inc/MEASURE.
2. Sardán, Mario Gutiérrez, Luis Hernando Ochoa, Walter Castillo Guerra. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Ministerio de Salud y Deportes (MSD). (1998) *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)*. Bolivia; Demographic and Health Surveys; Macro Internacional Inc/MEASURE.
3. Sardán, Mario Gutiérrez, Luis Hernando Ochoa, Walter Castillo Guerra. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Ministerio de Salud y Deportes (MSD). (1994) *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)*. Bolivia; Demographic and Health Surveys; Macro Internacional Inc/MEASURE.
4. Taylor, Patricia, Nora Quesada, Patricia Saenz, Karina Garcia, Cynthia Salamanca, Patricia Mostajo, y Varuni Dayaratna. 2003. "Bolivia: Contraceptive Security Assessment," Diciembre 1-12, 2003." Arlington, VA: John Snow, Inc./DELIVER, y Washington, DC: Futures Group/POLICY II, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Apéndice

Cuadro A1: Tasas específicas por área de residencia, Bolivia 2003, 1998, 1994

	Zona residencial 2003			Zona residencial 1998		Total 1998	Total 1994
	Urbana 2003	Rural 2003	Total 2003	Urbana 1998	Rural 1998		
Tasa Global de Fecundidad	3,1	5,5	3,8	3,3	6,4	4,2	4,8

La tasa global está expresada en nacimientos por mujer, Fuente: EDyS Bolivia, ENDESA 1994, 1998, 2003

Cuadro A2: Porcentaje de MUEF por uso anticonceptivo y necesidad insatisfecha, por quintil, Bolivia 2003, 1998

	Quintil Socio-Económico					Total
	Más Bajo	Medio-Bajo	Medio	Medio-Alto	Más Alto	
TOTAL						
2003	-----	-----	-----	-----	-----	-----
No usa	20,5	21,0	17,9	17,3	18,7	19,0
Moderno	22,5	27,7	31,5	41,8	49,3	34,9
Tradicional Nec. insatisfecha	19,2	26,2	26,9	22,8	21,6	23,4
	37,8	25,1	23,7	18,1	10,4	22,7
1998	-----	-----	-----	-----	-----	-----
No usa	31,0	28,2	25,7	21,1	23,0	25,6
Moderno	7,1	17,2	22,2	32,2	45,6	25,2
Tradicional Nec. insatisfecha	15,8	21,6	26,0	28,4	22,4	23,1
	46,1	33,0	26,1	18,4	9,1	26,1
URBANA						
2003	-----	-----	-----	-----	-----	-----
No usa	20,3	16,9	16,7	17,5	18,5	17,6
Moderno	32,0	31,5	32,6	41,4	49,4	40,3
Tradicional Nec. insatisfecha	11,3	26,8	26,6	22,9	21,5	23,7
	36,3	24,8	24,2	18,3	10,5	18,4
1998	-----	-----	-----	-----	-----	-----
No usa	17,2	25,4	24,3	21,1	23,2	23,0
Moderno	22,7	21,2	23,4	32,1	45,3	32,3
Tradicional Nec. insatisfecha	19,1	22,5	27,0	28,2	22,3	25,4
	41,0	30,9	25,4	18,6	9,2	19,4
RURAL						
2003	-----	-----	-----	-----	-----	-----
No usa	20,5	23,2	22,9	14,7	27,5	21,6
Moderno	22,1	25,7	27,4	49,4	40,1	25,0
Tradicional Nec. insatisfecha	19,6	25,9	27,9	20,9	28,7	23,0
	37,8	25,2	21,9	15,0	3,8	30,4
1998	-----	-----	-----	-----	-----	-----
No usa	31,7	30,2	32,2	20,5	0,0	30,8
Moderno	6,2	14,4	17,0	33,5	75,8	11,3
Tradicional Nec. insatisfecha	15,7	21,0	22,0	33,3	24,3	18,7
	46,4	34,4	28,8	12,7	0,0	39,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
No. total de muj., 2003	1.892	2.022	2.259	2.354	2.042	10.569
No. de muj. urbanas, 2003	89	687	1.800	2.231	2.017	6.824
No. de mujeres rurales, 2003	1.803	1.335	459	123	25	3.744
No. de muj. total, 1998	1.225	1.259	1.407	1.461	1.297	6.649
No. de muj. urbanas, 1998	64	516	1.149	1.397	1.284	4.410

Cuadro A3: Distribución de MEF usuarias de métodos anticonceptivos modernos por método y fuente, por quintil, Bolivia 2003, 1998

Características y antecedentes	2003							1998						
	Público	ONG	Farmacia	Otro privado	Otro/Falta	Total	No. de muj.	Público	ONG	Farmacia	Otro Privado	Otro / falta	Total	No. de muj.
Todos los métodos														
Más Bajo	90,1	1,8	4,0	3,2	1,0	100,0	361	67,4	3,0	21,0	5,4	3,2	100,0	94
Medio-Bajo	79,1	2,5	10,7	6,4	1,4	100,0	545	55,4	1,1	19,3	19,2	4,9	100,0	229
Medio	61,9	3,6	21,9	10,6	2,1	100,0	721	51,5	1,4	20,2	25,3	1,6	100,0	331
Medio-Alto	50,9	5,5	27,0	13,0	3,7	100,0	1,063	43,0	2,9	25,6	25,5	3,0	100,0	527
Más Alto	38,2	4,0	35,1	20,3	2,4	100,0	1,217	26,8	0,9	27,7	41,9	2,7	100,0	660
Total todos los métodos	56,6	3,9	24,2	13,0	2,4	100,0	3,906	41,5	1,7	24,4	29,5	2,9	100,0	1,843
Anticonceptivos orales														
Más Bajo	82,4	0,0	17,7	0,0	0,0	100,0	35	38,7	-----	52,2	2,5	6,7	100,0	28
Medio-Bajo	57,1	0,0	40,9	0,0	2,0	100,0	79	27,6	-----	71,2	0,0	1,2	100,0	39
Medio	32,8	4,4	61,1	1,8	0,0	100,0	82	17,3	-----	81,8	0,0	1,0	100,0	47
Medio-Alto	23,4	0,8	72,3	1,9	1,6	100,0	105	19,8	-----	77,5	0,0	2,7	100,0	76
Más Alto	12,5	0,5	80,9	2,5	3,7	100,0	142	9,3	-----	77,4	9,7	3,6	100,0	86
Total Orales	32,3	1,2	63,0	1,6	1,9	100,0	442	19,1	-----	74,8	3,3	2,8	100,0	275
DIU														
Más Bajo	86,1	6,3	0,0	7,6	0,0	100,0	61	80,5	8,5	2,1	8,8	0,0	100,0	33
Medio-Bajo	82,8	2,9	0,0	14,0	0,3	100,0	141	59,0	2,6	0,0	34,2	4,3	100,0	102
Medio	74,7	7,1	0,1	17,4	0,7	100,0	196	61,4	3,0	0,9	34,7	0,0	100,0	156
Medio-Alto	65,9	9,9	0,0	23,3	0,9	100,0	373	53,5	5,0	0,8	40,1	0,6	100,0	223
Más Alto	62,0	7,8	3,0	25,9	1,2	100,0	418	32,2	1,3	3,4	62,0	1,1	100,0	270
Total DIU	69,0	7,7	1,1	21,4	0,9	100,0	1,189	49,6	3,2	1,6	44,5	1,1	100,0	784
Inyectables														
Más Bajo	94,9	1,2	2,2	1,6	0,1	100,0	196	90,4	0,0	0,0	0,0	9,7	100,0	5
Medio-Bajo	86,6	3,9	5,8	3,4	0,2	100,0	212	19,8	0,0	60,6	14,5	5,1	100,0	9
Medio	74,2	2,7	18,7	3,9	0,6	100,0	217	32,3	0,0	52,3	15,5	0,0	100,0	11
Medio-Alto	56,9	8,7	28,1	3,3	3,0	100,0	207	16,2	10,0	51,0	22,8	0,0	100,0	33
Más Alto	25,4	8,4	56,8	8,3	1,2	100,0	100	7,3	5,8	72,4	14,5	0,0	100,0	30
Total Inyectables	72,3	4,6	18,5	3,6	1,0	100,0	931	19,6	5,7	56,7	16,9	1,0	100,0	88

Cuadro A3: Distribución de MEF usuarias de métodos anticonceptivos modernos por método y fuente, por quintil, Bolivia 2003, 1998

Características y antecedentes	2003							1998						
	Público	ONG	Farmacia	Otro privado	Otro/Falta	Total	No. de muj.	Público	ONG	Farmacia	Otro Privado	Otro / falta	Total	No. de muj.
Condón														
Más Bajo	69,9	0,0	20,4	----	9,7	100,0	19	32,6	0,0	59,1	----	8,4	100,0	8
Medio-Bajo	28,3	0,0	54,7	----	17,0	100,0	24	23,7	0,0	60,4	----	15,9	100,0	19
Medio	10,9	1,4	76,0	----	11,7	100,0	85	15,9	0,0	67,8	----	16,3	100,0	29
Medio-Alto	5,9	0,0	82,7	----	11,5	100,0	174	2,8	0,0	80,6	----	16,6	100,0	72
Más Alto	1,9	0,3	92,9	----	4,9	100,0	253	4,9	0,7	84,7	----	9,7	100,0	92
Total Condón	8,0	0,4	83,0	-----	8,7	100,0	555	8,3	0,3	78,1	-----	13,3	100,0	219
Esterilización														
Más Bajo	89,1	0,3	----	7,7	2,9	100,0	48	92,9	0,0	----	7,1	0,0	100,0	21
Medio-Bajo	89,2	1,1	----	8,7	1,1	100,0	89	85,2	0,0	----	13,2	1,7	100,0	57
Medio	73,7	0,9	----	23,4	2,1	100,0	138	67,5	0,0	----	32,5	0,0	100,0	86
Medio-Alto	73,6	0,8	----	21,7	3,9	100,0	192	69,6	0,5	----	29,4	0,5	100,0	123
Más Alto	54,3	2,1	----	42,6	1,0	100,0	290	44,2	0,0	----	54,8	1,0	100,0	171
Total Esterilización	69,1	1,3	-----	27,6	2,1	100,0	758	62,7	0,1	-----	36,5	0,7	100,0	457

Cuadro A4: Porcentaje de MUEF que no usan anticonceptivos que expresan un motivo particular para no usar, según características y antecedentes, Bolivia 2003

Características y antecedentes	Embarazada	Desea hijos	Infértil	No tiene actividad sexual	Puerperio/lactancia materna	Se opone a la PF*	Falta de conocimientos **	Falta de acceso/costo
Quintil Socio-Económico								
Más bajo	18,8	16,1	20,5	14,8	10,5	9,2	21,8	6,3
Medio-bajo	18,6	18,1	28,7	16,6	8,9	8,5	14,7	3,2
Medio	19,8	20,5	23	18,5	8,5	11,5	6,5	1,7
Medio-alto	17,9	21,1	29,6	20,2	7	7,3	3,5	1,5
Más alto	17,2	30,8	37,3	18,9	5,7	6,1	1,2	0,5
Grupo etario								
15-24	32,3	31,9	3,2	14	13,4	7,7	11,5	1,9
24-34	27,2	26	9,1	12	12,4	9,3	10,3	3,3
35-49	5,9	10,9	50,5	23,2	3,2	8,9	10,8	3,3
Residencia								
Urbana	19,3	22,6	28,1	19,1	7,6	8	4,7	1,8
Rural	17,7	17,6	25,1	15,7	9,5	9,7	18,4	4,4
Departamento								
Chuquisaca	14,9	13,5	28,2	20	10,8	12,5	10,9	4,3
La Paz	18,1	21,5	28,9	21,8	7,8	7,5	15,3	3,3
Cochabamba	18,4	16,8	28,6	17,8	8,6	7,6	10,1	2,7
Oruro	16,5	16,4	29,6	13,8	4,1	8,9	13,9	2,9
Potosí	19,1	20,1	23,5	18,1	11,7	8,6	14,8	3,3
Tarija	18,8	21,7	34,5	17,4	6,2	4,2	3,9	0,9
Santa Cruz	20,7	24,9	21,6	12,6	9	11,1	4,2	1,9
Beni/Pando	21,2	24,5	23,9	11,5	4,7	8,8	6,4	5,9
Todos	18,6	20,4	26,8	17,6	8,4	8,8	10,8	3

*Motivos religiosos, se opone, el marido se opone

**No conoce ningún método o le falta conocimiento sobre la fuente de métodos de PF

Cuadro A5: Porcentaje distribución de MUEF usuarias de anticonceptivos por método, por quintil [total, zonas urbanas y rurales] Bolivia 2003, 1998

Mezcla de métodos	Más Bajo	Medio-Bajo	Medio	Medio-Alto	Más Alto	Total
TODOS						
2003	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Píldora	4,5	7,1	5,3	6,1	7,2	6,1
DIU	7,4	11,9	14,2	21,8	25,7	17,5
Inyecciones	23,9	18,2	15,4	12,2	4,7	13,7
MELA/Diafragma/Espuma	10,2	5,1	4,4	4,1	2,7	4,8
Condón	2,4	1,6	5,3	9,0	11,6	6,6
Esterilización femenina	5,7	7,6	9,5	11,7	17,8	11,2
Tradicional	46,1	48,6	46,0	35,2	30,5	40,2
1998	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Píldora	9,5	7,7	6,6	7,8	8,4	7,8
DIU	10,8	19,7	22,1	23,1	29,2	23,0
Inyecciones	1,4	1,8	1,5	2,4	3,2	2,3
MELA/Diafragma/Espuma	0,0	0,3	0,1	0,2	0,3	0,2
Condón	2,3	3,7	3,8	6,8	7,2	5,4
Esterilización femenina	6,9	11,0	11,9	12,8	18,7	13,4
Tradicional	69,1	55,7	54,0	46,9	32,9	47,8
URBANA						
2003	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Píldora	10,7	10,1	5,5	6,2	7,2	6,7
DIU	5,7	12,5	14,1	22,0	25,7	20,2
Inyecciones	21,7	16,8	15,6	11,7	4,7	10,9
MELA/Diafragma/Espuma	9,0	6,6	4,9	3,9	2,6	4,0
Condón	7,4	1,4	5,5	9,4	11,7	8,4
Esterilización femenina	19,5	6,6	9,5	11,3	17,7	12,6
Tradicional	26,1	46,0	45,0	35,6	30,3	37,0
1998	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Píldora	28,8	11,9	6,8	7,9	8,5	8,4
DIU	7,5	19,5	22,8	23,2	29,1	24,6
Inyecciones	0,0	1,4	1,6	2,5	3,1	2,4
MELA/Diafragma/Espuma	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,2
Condón	0,0	3,5	3,9	7,0	7,2	6,0
Esterilización femenina	18,0	12,2	11,3	12,5	18,8	14,4
Tradicional	45,7	51,4	53,6	46,7	33,0	44,0
RURAL						
2003	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Píldora	4,1	5,3	4,7	4,5	1,9	4,7
DIU	7,4	11,5	15,0	18,9	26,2	10,8
Inyecciones	24,0	18,9	14,2	19,4	5,3	20,3
MELA/Diafragma/Espuma	10,3	4,2	2,3	6,4	5,6	6,6
Condón	2,1	1,7	4,3	2,5	0,0	2,3
Esterilización femenina	4,9	8,2	9,1	18,6	19,3	7,6
Tradicional	47,1	50,2	50,4	29,8	41,7	47,9
1998	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Píldora	7,5	4,1	5,7	6,3	0,0	5,7
DIU	11,2	19,8	18,0	21,5	39,1	16,8
Inyecciones	1,5	2,2	1,3	1,6	12,1	1,9
MELA/Diafragma/Espuma	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,2
Condón	2,6	3,9	3,5	2,8	12,4	3,4
Esterilización femenina	5,7	10,0	15,2	18,0	12,1	9,7
Tradicional	71,5	59,4	56,4	49,8	24,3	62,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
No. de muj. 2003, Total	790	1.089	1.319	1.520	1.449	6.168
No. de muj. 2003, Urbanas	39	401	1.066	1.434	1.432	4.370
No. de muj. 2003, Rurales	751	689	253	86	17	1.797
No. de muj. 1998, Total	281	488	678	885	881	3.213
No. de muj. 1998, Urbanas	27	225	578	842	869	2.540
No. de muj. 1998, Rurales	254	263	101	43	12	673

Cuadro A6: Porcentaje de MUEF usuarias de anticonceptivos por método, por quintil, grupo etario y departamento, Bolivia 2003, 1998

	Píldora	DIU	Inyección	MELA/Diafragma/Espuma	Condón	Esterilización femenina	Tradicional	Total	No. de mujeres
QUINTIL									
2003									
Más bajo	4,5	7,4	23,9	10,2	2,4	5,7	46,1	100,0	790
Medio-bajo	7,1	11,9	18,2	5,1	1,6	7,6	48,6	100,0	1.089
Medio	5,3	14,2	15,4	4,4	5,3	9,5	46,0	100,0	1.319
Medio-alto	6,1	21,8	12,2	4,1	9,0	11,7	35,2	100,0	1.520
Más alto	7,2	25,7	4,7	2,7	11,6	17,8	30,5	100,0	1.449
1998									
Más bajo	9,5	10,8	1,4	0,0	2,3	6,9	69,1	100,0	281
Medio-bajo	7,7	19,7	1,8	0,3	3,7	11,0	55,7	100,0	488
Medio	6,6	22,1	1,5	0,1	3,8	11,9	54,0	100,0	678
Medio-alto	7,8	23,1	2,4	0,2	6,8	12,8	46,9	100,0	885
Más alto	8,4	29,2	3,2	0,3	7,2	18,7	32,9	100,0	881
EDAD									
2003									
15-24	7,3	16,6	21,9	8,8	8,9	0,5	36,0	100,0	1.092
25-34	6,0	20,6	15,3	5,4	8,0	5,8	38,8	100,0	2.554
35-49	5,7	14,7	8,4	2,4	4,3	21,2	43,3	100,0	2.521
1998									
15-24	9,6	22,9	4,1	0,2	7,7	1,1	54,4	100,0	492
25-34	11,2	26,7	2,7	0,3	6,2	7,4	45,4	100,0	1.322
35-49	4,0	19,5	1,2	0,1	3,9	23,5	47,8	100,0	1.399
DEPARTAMENTO									
2003									
Chuquisaca	1,4	20,6	24,8	5,3	7,3	9,9	30,6	100,0	343
La Paz	2,9	11,8	11,7	3,9	5,4	3,4	60,9	100,0	1.616
Cochabamba	3,0	22,1	8,2	5,3	6,8	11,7	43,0	100,0	1.104
Oruro	0,5	16,4	9,4	3,3	5,5	2,6	62,3	100,0	251
Potosí	1,5	13,4	21,8	6,9	4,2	4,2	48,0	100,0	420
Tarija	5,1	25,6	15,8	2,9	11,8	12,2	26,6	100,0	339
Santa Cruz	12,1	20,0	12,9	5,1	7,9	19,1	23,0	100,0	1.799
Beni/Pando	17,4	10,0	26,0	5,2	3,2	20,4	17,8	100,0	295
1998									
Chuquisaca	3,8	29,1	0,9	0,4	4,3	12,9	48,7	100,0	146
La Paz	2,4	23,8	1,1	0,3	5,9	3,8	62,7	100,0	951
Cochabamba	2,6	26,1	2,4	0,5	5,5	16,1	46,8	100,0	523
Oruro	1,9	28,9	1,2	0,2	4,0	2,7	61,0	100,0	126
Potosí	2,4	21,5	1,7	0,0	4,9	8,9	60,7	100,0	180
Tarija	5,7	32,2	4,3	0,0	7,7	15,6	34,5	100,0	207
Santa Cruz	18,2	18,3	3,6	0,0	5,6	20,7	33,7	100,0	896
Beni/Pando	15,7	15,2	1,6	0,3	2,3	29,7	35,3	100,0	187
TOTAL									
2003	6,1	17,5	13,7	4,8	6,6	11,2	40,2	100,0	6.168
1998	7,8	23,0	2,3	0,2	5,4	13,4	47,8	100,0	3.213

Cuadro A7: Distribución de MEF usuarias de métodos anticonceptivos modernos por fuente, por quintil, residencia, grupo etario y departamento, Bolivia 2003, 1998

Características y antecedentes	2003							1998						
	Público	ONG	Farmacia	Otro Privado	Otro/Falta	Total	No. de mujeres	Público	ONG	Farmacia	Otro Privado	Otro/falta	Total	No. de mujeres
Método														
Píldora	32,1	1,2	63,0	1,6	1,9	100	442	19,1	0,0	74,8	3,3	2,8	100,0	275
DIU	69,0	7,7	1,1	21,4	0,9	100,0	1.189	49,6	3,2	1,6	44,5	1,1	100,0	784
Inyecciones	72,3	4,6	18,5	3,6	1,0	100,0	931	19,6	5,7	56,7	16,9	1,0	100,0	88
Condón	8,0	0,4	83,0	0,0	8,7	100,0	555	8,3	0,3	78,1	0,0	13,3	100,0	219
Esterilización femenina	69,1	1,3	0,0	27,6	2,1	100,0	758	62,7	0,1	0,0	36,5	0,7	100,0	457
Quintil de riqueza														
Más Bajo	90,1	1,8	4,0	3,2	1,0	100,0	361	67,4	3,0	21,0	5,4	3,2	100,0	94
Medio-Bajo	79,1	2,5	10,7	6,4	1,4	100,0	545	55,4	1,1	19,3	19,2	4,9	100,0	229
Medio	61,9	3,6	21,9	10,6	2,1	100,0	721	51,5	1,4	20,2	25,3	1,6	100,0	331
Medio-Alto	50,9	5,5	27,0	13,0	3,7	100,0	1.063	43,0	2,9	25,6	25,5	3,0	100,0	527
Más Alto	38,2	4,0	35,1	20,3	2,4	100,0	1.217	26,8	0,9	27,7	41,9	2,7	100,0	660
Residencia														
Urbana	49,8	4,2	28,9	14,5	2,7	100,0	3,034	39,1	1,7	25,5	30,7	3,0	100,0	1.577
Rural	80,2	3,0	7,9	7,6	1,3	100,0	872	56,0	1,6	17,4	22,6	2,4	100,0	265
Grupo etario														
15-24	52,5	3,6	34,2	5,8	3,8	100,0	808	38,5	1,0	36,9	17,3	6,3	100,0	279
25-34	53,7	5,0	27,1	12,0	2,3	100,0	1.603	37,1	1,9	29,8	28,3	2,9	100,0	788
35-49	61,8	2,9	15,6	17,9	1,8	100,0	1.496	47,1	1,7	14,4	35,2	1,7	100,0	776
Departamento														
Chuquisaca	69,0	8,4	14,7	5,7	2,2	100,0	251	46,8	3,1	22,0	26,6	1,5	100,0	79
La Paz	61,8	5,5	22,3	7,6	2,9	100,0	634	32,7	4,0	18,9	41,3	3,0	100,0	388
Cochabamba	46,9	4,9	21,0	24,5	2,7	100,0	663	33,6	0,6	17,2	45,7	3,0	100,0	297
Oruro	55,8	8,4	21,7	9,4	4,7	100,0	101	52,9	8,1	21,0	18,1	0,0	100,0	52
Potosí	77,7	4,3	8,8	8,4	0,9	100,0	201	58,2	4,1	12,0	24,8	0,9	100,0	75
Tarija	58,0	4,4	28,0	7,3	2,3	100,0	280	46,7	2,7	22,1	25,2	3,4	100,0	152
Santa Cruz	50,6	2,2	30,3	14,7	2,3	100,0	1.521	41,5	0,0	34,0	21,5	3,1	100,0	664
Beni/Pando	74,4	0,5	18,7	4,6	1,9	100,0	256	62,3	0,0	20,6	13,4	3,7	100,0	136
Total	56,6	3,9	24,2	13,0	2,4	100,0	3,906	41,5	1,7	24,4	29,5	2,9	100,0	1.843

*Público= hospital público, centro de salud, policlínico y promotores; seguridad social = seguridad social; ONG = hospital de ONG y centro de salud de ONG; farmacia = farmacia; otro privado = clínica privada, médico privado, y sanador tradicional; otro = amigos, parientes y otros

Cuadro A8: Porcentaje de MEF fuente pública y privada de anticonceptivos orales, DIU, inyectables, condones y esterilización para MEF, por quintiles, 2003 y 1998. Porcentaje de MEF usuarias de píldoras orales por quintil, por fuente, Bolivia 2003 y 1998

Fuente 2	Quintil socio-económico, 2003					Total	No. de mujeres	Quintil socio-económico, 1998					Total	No. de mujeres
	Más Bajo	Medio -Bajo	Medio	Medio-Alto	Más Alto			Más Bajo	Medio -Bajo	Medio	Medio-Alto	Más Alto		
Todos los métodos														
Público	14,7	19,5	20,2	24,5	21,1	100,0	2,209	8,3	16,6	22,3	29,6	23,2	100,0	765
ONG	4,2	8,8	16,9	38,4	31,8	100,0	152	9,1	8,4	15,0	48,6	18,9	100,0	31
Farmacia	1,5	6,2	16,7	30,4	45,3	100,0	944	4,4	9,9	14,9	30,1	40,7	100,0	449
Otro privado	2,3	6,8	15,1	27,2	48,6	100,0	507	0,9	8,1	15,4	24,7	50,8	100,0	544
Otro/falta	3,7	8,0	16,4	41,2	30,7	100,0	94	5,6	21,2	9,9	29,7	33,6	100,0	53
Total todos los métodos	9,2	14,0	18,5	27,2	31,1	100,0	3,906	5,1	12,4	18,0	28,6	35,8	100,0	1.843
Oral														
Anticonceptivos														
Público	20,2	31,5	18,8	17,1	12,4	100,0	143	20,3	20,3	15,5	28,6	15,3	100,0	53
ONG	0,0	0,0	71,3	16,3	12,4	100,0	5	----	----	---	----	----	---	0
Farmacia	2,2	11,6	17,9	27,2	41,1	100,0	279	7,0	13,4	18,7	28,5	32,4	100,0	206
Otro privado	0,0	0,0	20,7	29,2	50,1	100,0	7	7,5	0,0	0,0	0,0	92,5	100,0	9
Otro/falta	0,0	18,8	0,0	19,4	61,8	100,0	8	23,6	6,0	5,7	25,6	39,1	100,0	8
Total Oral	7,9	17,9	18,5	23,7	32,0	100,0	442	10,0	14,0	17,1	27,5	31,3	100,0	275
DIU														
Público	6,5	14,2	17,9	29,9	31,6	100,0	821	6,9	15,5	24,6	30,6	22,4	100,0	389
ONG	4,2	4,5	15,2	40,3	35,7	100,0	91	11,4	10,5	18,7	45,2	14,2	100,0	25
Farmacia	0,0	0,0	1,9	0,0	98,1	100,0	13	5,5	0,0	10,3	13,7	70,6	100,0	13
Otro privado	1,8	7,8	13,5	34,2	42,7	100,0	254	0,8	10,0	15,5	25,6	48,1	100,0	349
Otro/falta	0,0	4,3	12,2	33,8	49,7	100,0	10	0,0	51,0	0,0	14,8	34,3	100,0	9
Total DIU	5,2	11,8	16,5	31,3	35,2	100,0	1,189	4,3	13,0	19,8	28,4	34,5	100,0	784
Inyectables														
Público	27,7	27,3	23,9	17,5	3,8	100,0	673	25,2	10,1	21,0	30,9	12,8	100,0	17
ONG	5,7	19,4	13,5	42,0	19,5	100,0	43	0,0	0,0	0,0	65,1	34,9	100,0	5
Farmacia	2,5	7,2	23,5	33,9	32,9	100,0	172	0,0	10,7	11,8	33,6	43,9	100,0	50
Otro privado	9,1	21,4	24,8	20,3	24,5	100,0	34	0,0	8,6	11,7	50,3	29,4	100,0	15
Otro/falta	2,1	5,3	14,3	65,6	12,8	100,0	9	51,0	49,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
Total Inyectables	21,1	22,8	23,3	22,2	10,7	100,0	931	5,5	10,0	12,8	37,4	34,4	100,0	88
Condón														
Público	29,8	15,4	20,7	23,1	11,0	100,0	44	14,4	24,5	25,6	11,0	24,5	100,0	18
ONG	0,0	0,0	58,4	0,0	41,6	100,0	2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	1
Farmacia	0,8	2,9	14,0	31,2	51,1	100,0	460	2,8	6,6	11,6	33,7	45,3	100,0	171
Otro privado	-----	-----	-----	-----	-----	-----	0	-----	-----	-----	-----	-----	-----	0
Otro/falta	3,8	8,5	20,6	41,4	25,7	100,0	48	2,3	10,2	16,4	40,7	30,4	100,0	29
Total Condón	3,4	4,4	15,3	31,3	45,7	100,0	555	3,7	8,6	13,4	32,7	41,7	100,0	219
Esterilización														
Público	8,2	15,1	19,5	27,1	30,1	100,0	523	6,7	16,9	20,3	29,8	26,3	100,0	287

Fuente 2	Quintil socio-económico, 2003					Total	No. de mujeres	Quintil socio-económico, 1998					Total	No. de mujeres
	Más Bajo	Medio -Bajo	Medio	Medio-Alto	Más Alto			Más Bajo	Medio -Bajo	Medio	Medio-Alto	Más Alto		
ONG	1,3	9,9	12,0	15,7	61,1	100,0	10	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	1
Farmacia	-----	-----	-----	-----	-----	-----	0	-----	-----	-----	-----	-----	-----	0
Otro privado	1,8	3,7	15,4	19,9	59,1	100,0	209	0,9	4,5	16,8	21,7	56,1	100,0	167
Otro/falta	9,1	5,9	18,3	47,9	18,8	100,0	16	0,0	28,7	0,0	18,2	53,1	100,0	3
Total Esterilización	6,4	11,7	18,2	25,4	38,3	100,0	758	4,5	12,5	18,9	26,8	37,3	100,0	457

Cuadro A9: Distribución de Usuarios Beneficiarios del SS por Fuente de Abastecimiento (15.3% MEF), Bolivia 2003

unión	Quintil socio-económico					Total
	Más-Bajo	Bajo	Medio	Medio-Alto	Alto	
No en unión	0.97	3.95	9.84	17.71	30.88	16.84
En unión	2.02	4.03	9.89	18.83	35.31	14.26
Total	1.73	4.00	9.87	18.36	32.96	15.30

Cuadro A10: Fuente de FP, afiliados de servicios sociales, Bolivia 2003

Fuente	Porcentaje
Público	32.14
Seguridad Social	24.97
ONG	4.06
Farmacia	23.30
Otro privado	13.00
Otro/falta info	2.53
Total	100.00