



**USAID** | **ECUADOR**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

# DIAGNÓSTICO SOBRE LA DISPONIBILIDAD ASEGURADA DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS (DAIA)



JULIO 2005

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



**DELIVER**  
Sin Insumos, No hay Programa. Logística en Salud



# **DIAGNÓSTICO SOBRE LA DISPONIBILIDAD ASEGURADA DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS (DAIA)**

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



## TABLA DE CONTENIDOS

<b>SIGLAS</b> .....	<b>3</b>
<b>1. RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	<b>6</b>
<b>2. ANTECEDENTES</b> .....	<b>8</b>
<b>3. OBJETIVOS Y METODOLOGIA DEL ESTUDIO</b> .....	<b>9</b>
3.1. OBJETIVOS .....	<b>9</b>
3.2. METODOLOGÍA.....	<b>9</b>
3.3. ACTIVIDADES DEL DIAGNÓSTICO.....	<b>10</b>
3.4. COMPOSICIÓN DEL EQUIPO .....	<b>11</b>
<b>4. POLÍTICAS, LIDERAZGO Y COMPROMISO</b> .....	<b>12</b>
<b>5. HALLAZGOS</b> .....	<b>14</b>
5.1. DEMANDA Y UTILIZACION DE SERVICIOS .....	<b>14</b>
5.1.1. Tasa global de fecundidad y tasa de prevalencia de anticonceptivos.....	14
5.1.2. Uso de Métodos .....	16
5.1.3. Población no cubierta con servicios de planificación familiar.....	20
5.1.4. Crecimiento de la población y demanda de anticonceptivos.....	20
5.2. SEGMENTACIÓN DEL MERCADO.....	<b>22</b>
5.2.1. Papel de los Sectores Público y Privado en la Provisión de Servicios.....	22
5.2.2. Proveedores de Servicios y Fuente de Abastecimiento de las Usuarias .....	23
5.2.3. Focalización de recursos del sector público.....	26
5.3. LOGISTICA.....	<b>28</b>
5.3.1. Sistema de Distribución .....	29
5.3.2. Sistema de Información para Administración Logística – SIAL .....	29
5.3.3. Estimación de Necesidades .....	30
5.3.4. Adquisiciones .....	30
5.3.5. Acceso/Servicio.....	32
<b>6. OTROS ACTORES</b> .....	<b>35</b>
6.1. IESS.....	<b>35</b>
6.2. SEGURO SOCIAL CAMPESINO .....	<b>35</b>
6.3. APROFE .....	<b>36</b>
6.4. CEMOPLAF .....	<b>37</b>
<b>7. FINANCIAMIENTO</b> .....	<b>39</b>
7.1. FUENTES DE FINANCIAMIENTO.....	<b>39</b>
7.1.1. Ministerio de Salud Pública (MSP).....	40
7.1.2. Donantes .....	40
7.1.3. Hogares .....	40
7.2. PRECIOS DE ANTICONCEPTIVOS .....	40
7.3. PROYECCIONES FINANCIERAS 2004-2010 .....	41
7.3.1. Requerimientos Financieros del MSP .....	42
7.3.2. Requerimientos Financieros de APROFE .....	43
7.3.3. Requerimientos Financieros de CEMOPLAF .....	44
7.3.4. IESS y el SSC .....	44
<b>8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>46</b>
8.1. MINISTERIO DE SALUD.....	<b>46</b>
8.2. INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL .....	<b>47</b>

8.3.	SEGURO SOCIAL CAMPESINO.....	47
8.4.	APROFE Y CEMOPLAF.....	48
<b>ANEXO</b>	.....	<b>49</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	.....	<b>50</b>

## SIGLAS

AQV	anticoncepción quirúrgica voluntaria
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CBM	cuadro básico de medicamentos
CDC	Centers for Disease Control
CEPAR	Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social
DAIA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DELIVER	Proyecto global de USAID para el mejoramiento de la disponibilidad de insumos de salud, incluyendo anticonceptivos; es manejado por John Snow, Inc.
DFID	Departamento de Desarrollo Internacional – Gobierno Británico
DHS	Demographic and Health Survey (Encuesta de Demografía y Salud)
DIU	dispositivo intra-uterino
IE&C	información, educación y comunicación
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
IPPF	International Planned Parenthood Federation
JSI	John Snow, Inc.
LAC	Latinoamérica y El Caribe
LMGy AI	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
MEF	mujeres en edad fértil
MUEF	mujeres unidas en edad fértil
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PipeLine	Software diseñado por JSI/DELIVER para hacer estimación de planeación de adquisiciones
PF	planificación familiar
SPARHCS	Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security
SR	salud reproductiva
SSC	Seguro Social Campesino
TGF	tasa global de fecundidad
TPA	tasa de prevalencia de anticonceptivos
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

## **Agradecimientos**

El equipo de DELIVER quiere expresar su agradecimiento a todas aquellas personas que dedicaron su tiempo y paciencia aportando valiosa información para este diagnóstico. En especial a los funcionarios del Ministerio de Salud Pública que acompañaron este estudio, el Dr. Washington Estrella, la Obstetriz Dalia Jaramillo, Dra. Irlanda Ordóñez, Dr. Jacobo Moreta y el Dr. Luis Morales.

Al mismo tiempo agradecemos a la Misión de USAID en Ecuador que hizo posible el financiamiento de este estudio, en particular a la Lic. Paulyna Martinez, por todo su apoyo, al CDC y CEPAR por compartir los datos preliminares de la Encuesta ENDEMAIN 2004 y a las ONGs APROFE y CEMOPLAF por su colaboración antes y durante el estudio.

**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 Crown Agents Consultancy, 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 del sistema administrativo 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 sugerida**

Uribe, Bernardo, Nora Quesada, Sharon Soper, Juan Agudelo, Lino Martinez. Julio 2005. Diagnóstico Sobre La Disponibilidad Asegurada De Insumos Anticonceptivos (DAIA). Arlington, VA: DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

**DELIVER**

John Snow, Inc.  
1616 North Fort Myer Drive, 11<sup>th</sup> Floor  
Arlington, VA 22209 USA  
Phone: 703-528-7474  
Fax: 703-528-7480  
Email: [deliver\\_project@jsi.com](mailto:deliver_project@jsi.com)  
Internet: [deliver.jsi.com](http://deliver.jsi.com)

## 1. RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio sobre la “Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos” (DAIA) en Ecuador, realizado por el proyecto DELIVER y financiado por USAID/Ecuador, se enmarca en la iniciativa regional para documentar cómo están afrontando los países latinoamericanos el reto de sostenibilidad en la provisión de anticonceptivos. Por más de tres décadas, USAID, UNFPA, IPPF, DFID y otros donantes, han apoyado a varios países Latinoamericanos en su esfuerzo por fortalecer los programas de planificación familiar en la región, contribuyendo a incrementar la prevalencia en el uso de anticonceptivos, la demanda de los consumidores y el compromiso del gobierno. Sin embargo, durante los últimos cinco años el apoyo de los donantes internacionales de anticonceptivos para la región Latinoamericana está declinando. Al mismo tiempo, la demanda de anticonceptivos continúa creciendo en la medida en que la población joven de la región está entrando a su etapa reproductiva.

Luego de 40 años desde que la primera organización en el país tomara la bandera de la Planificación Familiar (PF), hoy el Ecuador goza de un entorno político favorable en el cual no existe oposición de partidos políticos, grupos étnicos ni religiosos hacia la PF. Por el contrario, es un derecho ganado de la población y respaldado por una ley.

Para asegurar fondos intangibles para la compra de anticonceptivos, en 1994 se aprobó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia que asegura servicios de salud gratuita a mujeres (durante su embarazo, parto y posparto, incluyendo la entrega de anticonceptivos) y a los menores de cinco años. Esta Ley se financia con US\$ 15,000,000 que proporciona el Fondo de Solidaridad y el 3% del impuesto al consumo especial que provee el Ministerio de Economía y Finanzas, que aproximadamente asciende a US\$ 5,000,000.

Esta importante decisión ha contribuido a que en Ecuador la tasa de prevalencia de anticonceptivos (TPA) haya aumentado en 10.8 puntos porcentuales con sus efectos positivos en la reducción importante de la tasa global de fecundidad (TGF) y la mortalidad materna. Se observa asimismo que la brecha entre zona rural y urbana se está cerrando cuando analizamos estos indicadores.

Sin embargo, aún se encuentran disparidades dentro de los diferentes segmentos de la sociedad y con los grupos vulnerables; la necesidad insatisfecha es la más grande entre las mujeres indígenas, así como las de más bajos recursos y las de áreas rurales. El acceso se restringe por razones de horario de atención, distancia y educación en PF.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) se ha constituido en el mayor proveedor de anticonceptivos en el país y ha aumentado su participación en el mercado de anticonceptivos en la última década. Esto sin embargo evidencia que hay otros sectores que no están contribuyendo en la cobertura nacional como se espera. Se observa que un porcentaje considerable de los quintiles más altos (Q4 y Q5) aún se siguen atendiendo en el MSP, cuando deberían ser el Seguro Social y los seguros privados los que estuvieran cubriendo ese segmento de la población. En contraste, se observa que el quintil más bajo está recurriendo a abastecerse de anticonceptivos de las farmacias en el mismo porcentaje que el quintil más alto (27%).

De acuerdo al análisis de las cuentas nacionales que DELIVER tuvo disponible (1995) el Instituto de Seguridad Social del Ecuador (IESS) recibe el 20% de los fondos para gasto nacional en salud. Sin

embargo, está contribuyendo a cubrir la demanda de anticonceptivos solo con 3.4%. Las razones básicamente radican en que no tiene un programa de PF específico y solo ofrece ciclos orales.

El Seguro Social Campesino (SSC), financiado por el IESS y aportes del gobierno, igualmente solo ofrece ciclos orales y el consumo es mínimo, sin embargo el SSC tiene el potencial de ser el ente que facilite el acceso al uso de anticonceptivos por parte de poblaciones vulnerables y/o quintiles bajos.

APROFE y CEMOPLAF, dos ONGs con amplia trayectoria en el campo de la PF y con prestigio bien ganado en el país, se ven ahora, luego del cese de las donaciones de USAID, en peligro de reducir sus servicios de PF. Habiendo sido un pilar clave para la consolidación de la PF en Ecuador, ahora el porcentaje de cobertura del mercado se reduce y se orienta más a los quintiles más altos. Siendo estas dos ONGs una buena alternativa para cubrir quintiles 2 y 3, deben encontrar soluciones para adquirir los anticonceptivos a precios más bajos.

En Ecuador existe un Cuadro Básico de Medicamentos (CBM) único que rige para el MSP y el IESS. Este CBM es aprobado por el Consejo Nacional de Salud (CONASA) y solo incluye gestágenos orales. Esto es una limitante para que tanto el IESS, así como el SSC puedan comprar otros anticonceptivos como DIU, implantes, inyectables y condones.

No existen fábricas de anticonceptivos en el país, por lo cual los precios de distribuidores locales que representan fabricantes internacionales son muy altos. El MSP, IESS, SSC, APROFE y CEMOPLAF están pagando en el país aproximadamente 10 veces por encima del precio que obtiene USAID o UNFPA de sus proveedores. UNFPA en otros países se ha constituido como agente de compra del Ministerio de Salud, con la consiguiente optimización de recursos.

La descentralización del MSP en Ecuador ha desconcentrado las decisiones a nivel de Jefaturas de Área. El sistema logístico por lo tanto funciona diferente en cada Jefatura de Área. No hay un sistema único de información que recolecte datos esenciales para la toma de decisiones. Generalmente las estimaciones de necesidades se preparan en base a metas y no a consumo histórico, los reabastecimientos no están calendarizados y no existe un sistema de control de inventarios de máximos y mínimos. Se observa también que hay un muy bajo porcentaje de personal que ha recibido capacitación en logística o que cuenta con un manual de procedimientos. En consecuencia, se observa que aunque existen fondos suficientes para abastecer anticonceptivos en cantidades adecuadas a todo nivel, co-existen situaciones de desabastecimiento y sobreabastecimiento.

## 2. ANTECEDENTES

Para establecer el contexto en el cual Ecuador debe asumir el reto de la DAIA, proveemos aquí información estadística de la situación demográfica, económica y de salud en el país, así como el progreso logrado en el campo de la Planificación Familiar.

En la actualidad, el 73% de las mujeres unidas están usando métodos anticonceptivos, 16 puntos porcentuales más que hace 10 años y más del doble registrado hace 25 años. La brecha en el uso de anticonceptivos entre el área urbana y rural se está cerrando siendo para el 2004 solo de 10 puntos porcentuales (77% y 67% respectivamente). Sin embargo, las mujeres en las zonas rurales tienen en promedio un hijo(a) más que las urbanas. Por otro lado, una de cada cinco adolescentes de 15 a 19 años de edad ha tenido al menos un embarazo (ENDEMAIN 2004). Por lo tanto, existe amplio terreno todavía por cubrir con los servicios de planificación familiar en algunas poblaciones vulnerables y regiones del país.

Ecuador tiene una población de 13,026,890 habitantes, de los cuales 64% viven en áreas urbanas. Más del 41.5 % de la población vive en situación de pobreza, y 8% vive en condiciones de extrema pobreza. Los datos relevantes sobre demografía y desarrollo se muestran en la siguiente tabla.

**TABLA 1**

<b>Indicadores de Salud y Desarrollo</b>			
<b>Indicadores Demográficos y de PF</b>			
Población Total	2004	13,026,890	ENDEMAIN 2004
Población (Hombres)	2004	6,535,559	ENDEMAIN 2004
Población (Mujeres)	2004	6,491,331	ENDEMAIN 2004
Mujeres en Edad Fértil (MEF)	2004	3,382,403	ENDEMAIN 2004
Porcentaje Población Urbana	2004	64%	ENDEMAIN 2004
Esperanza de vida al nacer (Hombres)	2004	68.3 años	<a href="http://www.opsecu.org">www.opsecu.org</a>
Esperanza de vida al nacer (Mujeres)	2004	73.5 años	<a href="http://www.opsecu.org">www.opsecu.org</a>
Tasa Global de Fecundidad (TGF)	2004	3.3 niños por mujer	ENDEMAIN 2004
Tasa Global de Fecundidad Deseada	2004	2.6 niños por mujer	ENDEMAIN 2004
Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (TPA)	2004	73 % Mujeres en unión	ENDEMAIN2004
<b>Indicadores Económicos</b>			
Producto Interno Bruto per Capita (PIB)	2004	US\$ 2,910	<a href="http://www.opsecu.org">www.opsecu.org</a>
Gastos en Salud como % del PIB	2004	5.7% (año 2003)	<a href="http://www.opsecu.org">www.opsecu.org</a>
Población viviendo en situación de pobreza	2004	41.5%	<a href="http://www.opsecu.org">www.opsecu.org</a>
<b>Indicadores de Salud</b>			
Tasa de Mortalidad Infantil (menores de 1 año)	2004	30.0 <i>Por mil nacidos vivos</i>	<a href="http://www.opsecu.org">www.opsecu.org</a>
Tasa de Mortalidad Infantil (menores de 5 años)	2004	35.0 <i>Por mil nacidos vivos</i>	ENDEMAIN 2004
Tasa de Mortalidad Materna (Mujeres)	2004	91.7	<a href="http://www.opsecu.org">www.opsecu.org</a>
Tasa de alfabetismo	2004	90.7% mujeres 93.7% hombres	<a href="http://www.opsecu.org">www.opsecu.org</a>

### 3. OBJETIVOS Y METODOLOGIA DEL ESTUDIO

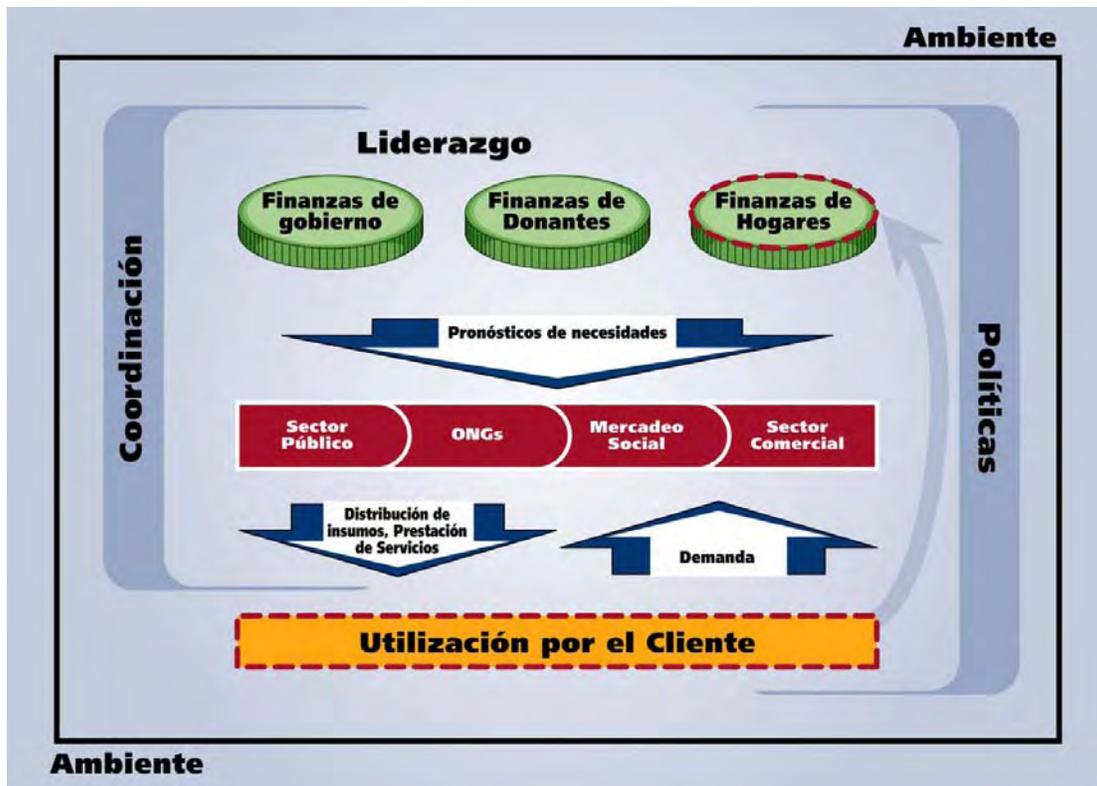
#### 3.1. Objetivos

El diagnóstico realizado en Ecuador fue diseñado para cumplir los siguientes objetivos:

- Documentar la situación de la DAIA en Ecuador;
- Incrementar el conocimiento entre los responsables de tomar decisiones acerca de la necesidad de implementar acciones coordinadas para superar los obstáculos y garantizar la DAIA;
- Sugerir intervenciones de corto y mediano plazo para fortalecer la DAIA en Ecuador

#### 3.2. Metodología

DELIVER ha usado una versión adaptada del marco conceptual utilizado para la DAIA para conducir el estudio regional.



Este marco fue introducido durante la conferencia regional de Managua, en Julio de 2003, donde los equipos de cada país lo utilizaron para dirigir sus discusiones sobre las fortalezas y debilidades de la DAIA.

Continuando con los análisis preliminares, el equipo de trabajo en Ecuador analizó cada uno de los elementos de la estructura de la DAIA con mayor profundidad, dándole prioridad a aquellos elementos de mayor relevancia para el país. Se desarrollaron, adaptaron y pilotearon cuestionarios para cubrir cada uno de los elementos de la estructura de la DAIA antes de comenzar el diagnóstico.

### 3.3. Actividades del diagnóstico

El diagnóstico fue llevado a cabo en Ecuador durante un período de dos semanas comprendidas entre el 30 de Junio al 15 de Julio de 2005. Dentro de las actividades específicas se incluyeron:

- **Revisión de literatura:** Se revisaron documentos recolectados antes, durante y después de la visita al país.
- **Coordinación con personal clave:** La Dirección Nacional de Normalización del Sistema de Salud, y Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia ayudaron a seleccionar las provincias a visitar y el personal a entrevistar, así como también a concretar dichas entrevistas, y expusieron al equipo de investigación la información actualizada como punto de partida para el estudio.

Los integrantes del comité de DAIA, formado a partir de la segunda reunión regional Lima, Perú en Octubre de 2004, igualmente fueron entrevistados como informantes clave.

#### Representantes del Comité DAIA

- MSP (Dirección de Normalización del Sistema Nacional de Salud)
- Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
- APROFE
- CEMOPLAF
- Seguro Social Campesino
- UNFPA

- **Entrevistas con personal clave.** El estudio incluyó entrevistas en Quito con representantes del gobierno, ONGs, y del sector comercial privado. El equipo se reunió con representantes del Ministerio de Salud, - Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia – el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Seguro Social Campesino, Junta de Beneficencia de Guayaquil, Representantes del sector comercial en salud, incluyendo compañías farmacéuticas, y ONGs como APROFE y CEMOPLAF.
- **Visitas de campo. Cinco provincias fueron las seleccionadas:** Pichincha, Guayas, Cotopaxi, Tungurahua y Azuay. Durante las visitas, se recolectaron datos logísticos de los servicios públicos de salud aplicando entrevistas y observaciones en diversidad de establecimientos, incluyendo Jefaturas de área, hospitales, centros de salud, sub centro de salud urbanos, sub centros de salud rural y puestos de salud del Ministerio de Salud. De igual forma se entrevistó también al seguro social, y seguro social campesino, clínicas de APROFE y CEMOPLAF, algunos proveedores privados y representantes de compañías farmacéuticas en las provincias.
- **Análisis de datos de los establecimientos de salud.** Durante estas dos cortas semanas, no fue posible recoger datos de inventario de una muestra representativa de establecimientos. No obstante, el equipo condujo un rápido diagnóstico sobre inventarios en 29 establecimientos de salud en esas cinco provincias.
- **Actualización de proyecciones demográficas, de insumos de planificación familiar y financieras hasta el 2010.** Al no contar con información de consumo de primera mano, se elaboraron proyecciones basadas en datos demográficos, apoyados en el software SPECTRUM. A partir de estas proyecciones se hicieron estimados financieros.

**Presentación de hallazgos preliminares y recomendaciones.** El equipo utilizó proyecciones financieras actualizadas e información recolectada a través de la revisión de documentos, entrevistas e informes de instituciones para compartir sus hallazgos y formular recomendaciones. Al finalizar las dos semanas, el equipo de estudio presentó sus hallazgos preliminares y recomendaciones al Subsecretario de Salud, a los miembros del Comité DAIA, incluyendo funcionarios de USAID, UNFPA, del MSP y de otras organizaciones. Ver Anexo 1.

### **3.4. Composición del equipo**

El equipo evaluador incluyó a cinco consultores externos. Nora Quesada, Bernardo Uribe, Sharon Soper, Juan Agudelo y Lino Martínez (JSI/DELIVER) y como contraparte del Ministerio de Salud (Normatización Técnica y Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia) a los funcionarios Dr. Jacobo Moreta, Dra. Irlanda Ordoñez, Obstetriz Dalia Jaramillo, y Dr. Luis Morales

#### 4. POLÍTICAS, LIDERAZGO Y COMPROMISO

La DAIA no se puede lograr o sostener sin un entorno que la apoye, con un sólido liderazgo político y con apoyo popular. Se requiere compromiso gubernamental claramente articulado, respaldado por políticas y leyes claras, para posicionar la PF como una prioridad en la salud pública y asegurar que los anticonceptivos estén disponibles para todo aquel que desee utilizarlos. Los gobiernos no necesariamente necesitan proveer todos los insumos y servicios, pero cada gobierno debe asumir compromisos básicos y crear el marco legal y político necesario para garantizar la DAIA a la población. Si bien líderes del sector público deben demostrar compromiso, también líderes de opinión y ONGs trabajando en PF deben contribuir a este objetivo con un papel proactivo.

Ecuador cuenta con un marco político establecido que promueve los derechos de sus ciudadanos en cuanto a la planificación de sus familias. Al más alto nivel, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia estipula que **“Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva...”**. Con este lenguaje, la Ley de Maternidad Gratuita de Ecuador reconoce el derecho de los individuos para acceder a los servicios de planificación familiar y sus productos en el momento en que los necesiten y soliciten, y esto por lo tanto apoya el logro de la DAIA.

La ley es un instrumento legal convertido en una política de Estado, para la reducción de la muerte materna e infantil, que posibilita el ejercicio de los derechos de salud sexual y reproductiva y los derechos del niño, consagrados en la Constitución y en los acuerdos internacionales que ha suscrito el país. Provee un financiamiento que permite brindar atenciones básicas de salud sin costo a las mujeres, niñas y niños del Ecuador, como parte de un sistema social de protección básica y de redistribución de la riqueza. Inicia el proceso de separación de funciones recomendada por los organismos internacionales como la OPS/OMS, Banco Mundial y otros, respecto a la necesaria división de funciones entre rectoría, financiamiento y provisión de servicios del sector salud. Ofrece un mecanismo de participación regulada de otros proveedores de servicios de salud para la atención de las mujeres, niñas y niños, para aumentar el acceso y la cobertura. Obliga a una interacción con los gobiernos locales para un manejo integral de la salud entre servicios de atención médica, complementados con actividades de promoción, prevención y traslado de emergencias obstétricas y pediátricas facilitados por los municipios.

Ecuador ha sufrido inestabilidad política que ha obligado al cambio de mandatarios y por ende a cambios constantes en el personal que tiene a su cargo la ejecución y monitoreo de las políticas en sus diferentes ámbitos. No obstante, se debe afirmar que a pesar de esta inestabilidad, desde la promulgación de la Ley de Maternidad Gratuita en 1994 junto con el proceso de descentralización en salud, el Ecuador ha logrado importantes avances en cuanto a los niveles de cobertura y de atención en salud, como una de sus premisas fundamentales.

El presupuesto para financiar la Ley de Maternidad Gratuita está garantizado por US\$ 15 millones anuales que aporta el Fondo de Solidaridad y 3% del impuesto de consumo especial que asigna el Ministerio de Economía y Finanzas, que aproximadamente asciende a US\$ 5 millones.

La ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es un indicativo del compromiso del gobierno con la planificación familiar y sienta los parámetros para alcanzar las metas trazadas. El Comité de Apoyo y Seguimiento a la aplicación de la ley está constituido por el MSP, el INNFA (Instituto Nacional de la Niñez y la Familia), el CONAMU (Consejo Nacional de Mujeres) y el CONASA (Consejo Nacional de Salud).

De acuerdo al Código y Régimen Legal de Salud del Ecuador, los precios de los medicamentos al consumidor son establecidos por el Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso Humano, el cual está adscrito al Ministerio de Salud Pública. El Ministerio de Salud Pública es el responsable de vigilar que los precios de venta al público no excedan los precios establecidos.

Podemos anotar por lo tanto que en general el marco político y legislativo en el Ecuador garantiza el libre acceso por parte de la población a métodos anticonceptivos modernos, dando especial importancia a los sectores más vulnerables de la población mediante la Ley de Maternidad Gratuita. Esta Ley es un pilar sobre el cual el Comité de DAIA debe apoyarse al desarrollar sus estrategias conjuntas.

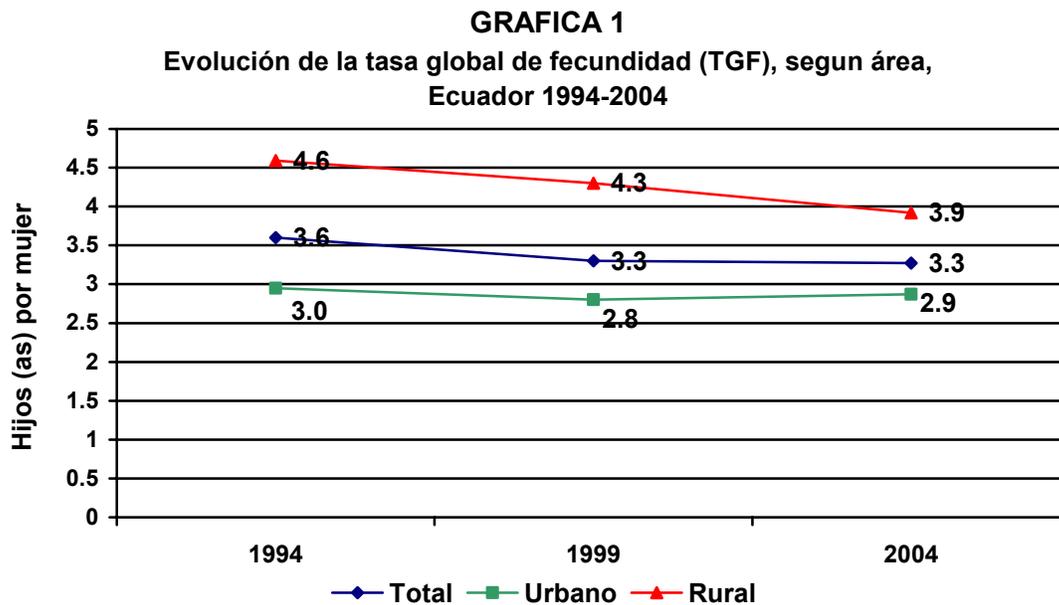
## 5. HALLAZGOS

### 5.1. DEMANDA Y UTILIZACION DE SERVICIOS

La demanda y uso de anticonceptivos en Ecuador es uno de los componentes de la DAIA que requieren ser mejorados, especialmente por la brecha existente entre las zonas urbanas y rurales, diferentes provincias y grupos étnicos. Más aún, en la medida en que el uso de anticonceptivos se incrementa, como está ocurriendo en Ecuador, se hace mayor la necesidad de atender los otros componentes de la DAIA.

En los párrafos siguientes se examinan las tendencias recientes de la fecundidad, la prevalencia de anticonceptivos, la necesidad insatisfecha y la mezcla de métodos, así como las proyecciones de la demanda de anticonceptivos hasta el 2010.

#### 5.1.1. Tasa global de fecundidad y tasa de prevalencia de anticonceptivos

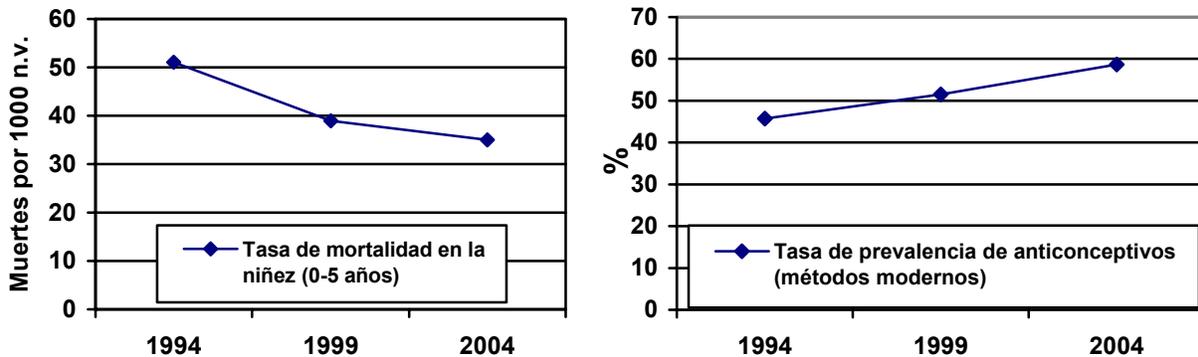


Fuente: ENDEMAIN 1994, 1999, 2004

Según la gráfica 1, la tasa global de fecundidad (TGF) en Ecuador casi no ha variado en la última década, manteniéndose entre 3.6 y 3.3 hijos por mujer (durante los cinco años anteriores, ha disminuido solamente 0.03 puntos porcentuales). Al evaluar los cambios por área de residencia, las zonas urbanas también han sido muy modestas, al variar entre 3.0 y 2.9 hijos por mujer. Aún cuando la fecundidad es más alta en las zonas rurales, se puede ver que el cambio más grande fue en las zonas rurales de 4.6 hijos por mujer en 1994 a 3.9 hijos por mujer en 2004, lo que indica que se está logrando acortar la brecha entre zona rural y urbana.

En la gráfica 2, se aprecia el aumento de la prevalencia de uso de anticonceptivos modernos en mujeres unidas al mismo tiempo que una disminución importante en la mortalidad en niños menores de 5 años.

**GRAFICA 2**  
**Tendencia de la tasa de mortalidad en la niñez y**  
**Tasa de prevalencia anticonceptiva, métodos modernos, mujeres en unión de 15 a 49 años de edad**  
**Ecuador 1994-2004**

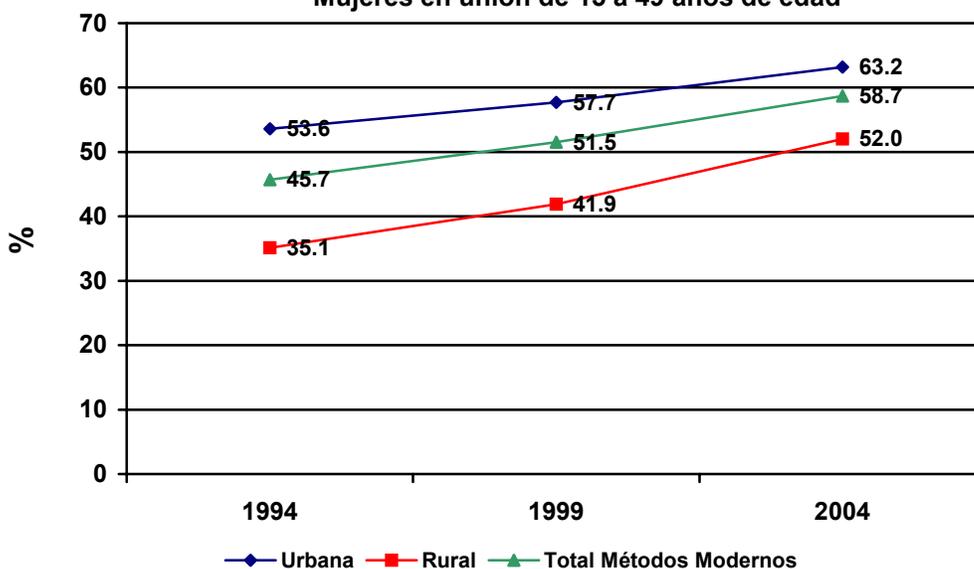


Fuente: ENDEMAIN 1994, 1999, 2004

Es de destacar el aumento de la prevalencia en 13 puntos porcentuales en los últimos 10 años (de 45.7% en 1994 a 58.7% en el 2004), mientras la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años bajó de 51 a 35.

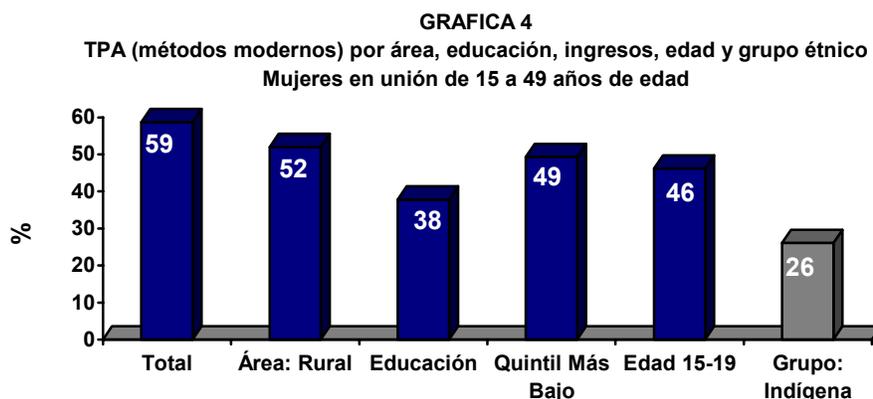
En la grafica 3 se observa que es consistente el mayor aumento de la prevalencia en zona rural con la reducción mayor en su TGF (como se observó en la gráfica 1), ya que en la zona rural la prevalencia aumentó en 17 puntos porcentuales, en tanto que en la zona urbana, el cambio fue de 10 puntos porcentuales. Igualmente esto indica que se está cerrando la brecha entre zona rural y urbana.

**GRAFICA 3**  
**Tasa de prevalencia por lugar de residencia**  
**1994-2004 métodos modernos**  
**Mujeres en unión de 15 a 49 años de edad**



Fuente: ENDEMAIN 1994, 1999, 2004

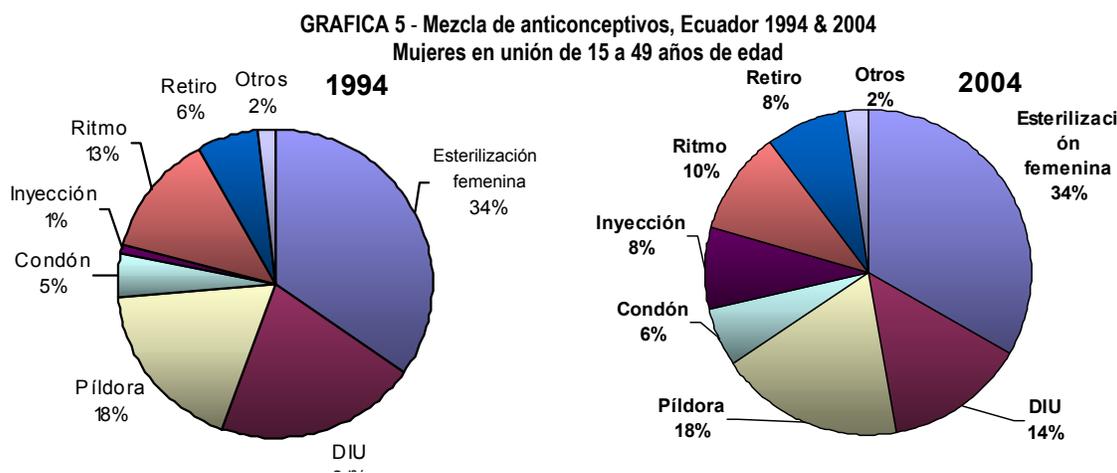
Si bien la TPA ha crecido significativamente en los últimos años, hay sectores de la población más desfavorecidos que no están disfrutando de un acceso suficiente a los anticonceptivos. Además del lugar de residencia, otros factores, como el nivel de educación, el quintil al que pertenecen, la edad y grupo étnico, están asociados con el bajo uso de métodos modernos. La gráfica 4 muestra que la TPA entre las mujeres sin educación es de 38%, y entre el quintil más bajo, es de 49%. Sin embargo, la mayor brecha se observa en los grupos indígenas que solamente tienen una prevalencia de 26%.



Fuente: ENDEMAIN 2004, Informe Final; Estimaciones JSI DELIVER

### 5.1.2. Uso de Métodos

Observando las tendencias de la última década (gráfica 5), se puede comprobar que el método más usado en Ecuador es la esterilización femenina, seguida por la píldora anticonceptiva. Sin embargo, entre 1994 y 2004 se han dado algunos cambios en la mezcla de métodos anticonceptivos, que podrían estar reflejando cambios en la oferta como en la preferencia por determinados métodos. El cambio más notable es la reducción en el uso del DIU a favor de los inyectables; esto se explica también debido a que los inyectables se comienzan a ofrecer a finales de la década de los 90.



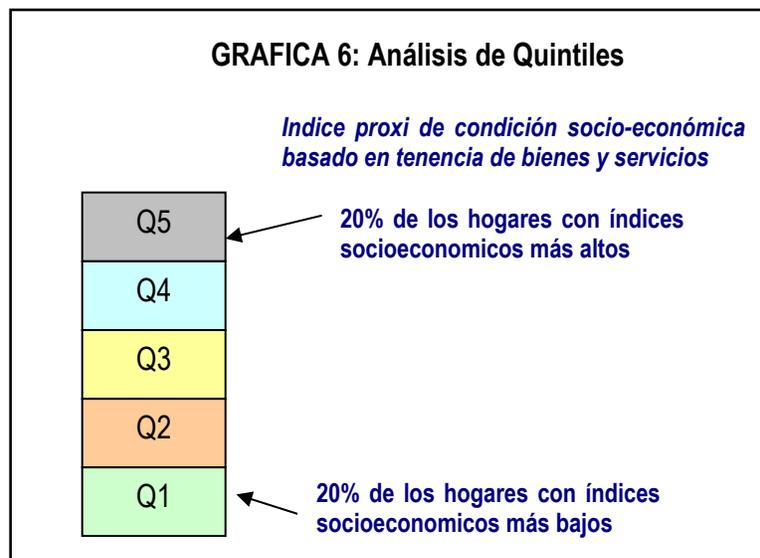
Fuente: ENDEMAIN 2004, Informe Final; Tabulaciones JSI DELIVER

A continuación los cambios más importantes:

- aumento en el uso de las inyecciones de menos de 1.0% a 8.1%;
- aumento en el uso de condones, de 4.6% a 5.9%;
- pequeño incremento en el uso de la píldora de 18.0% a 18.3%;
- reducción en el uso de DIU, que pasa de 20.8% a 13.9%;
- reducción pequeña en el uso de la esterilización; se redujo menos de 2 puntos porcentuales en la última década;
- aumento en el uso del retiro y una reducción en el ritmo.

Para analizar la mezcla de métodos según el nivel socio-económico, se empleó el análisis por quintiles, que es un índice proxy basado en la tenencia de bienes y servicios, como se muestra en la gráfica 6.

Aquí se introduce el análisis de los quintiles que divide la población en cinco secciones iguales según la tenencia de bienes y servicios. El quintil cinco representa el segmento más alto, y el quintil uno representa el más bajo. El uso de anticonceptivos, así como el tipo de método usado, varía de acuerdo al nivel de riqueza.



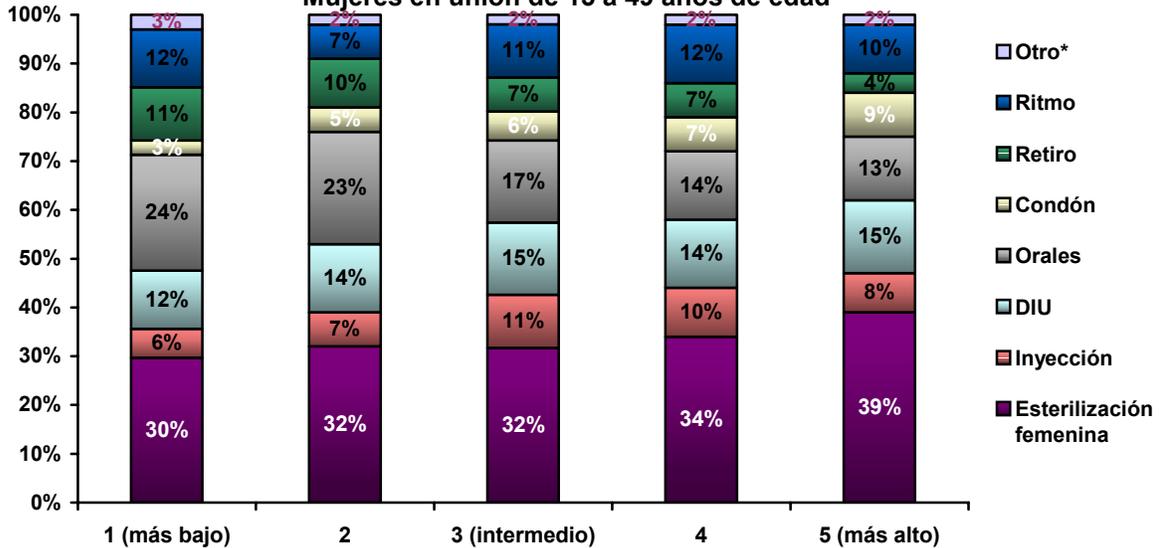
En la gráfica 7 se examinan las variaciones en el tipo de método usado según el quintil socio-económico. Las diferencias se pueden relacionar a las disparidades en acceso como al precio comercial y otros factores similares que afectan a los quintiles.

Algunos de los hallazgos más importantes son los siguientes:

- En todos los quintiles, la esterilización femenina es el método más utilizado. Además, el uso en el quintil más alto es 10 puntos porcentuales mayor al uso en el quintil más bajo.
- Existe una gran variación en el porcentaje de uso de orales según el quintil (Q1: 24%, Q5: 13%) y los condones (Q1: 3%, Q5: 9%).
- Las inyecciones son utilizadas más por los Q3 y Q4.

- El % de uso del DIU es casi igual en todos los quintiles, pero un poco menos en el quintil uno.
- El uso de métodos tradicionales (ritmo y retiro) son mayores en quintiles más bajos que en quintiles más altos (Total Q1: 23%, Q5: 14%).

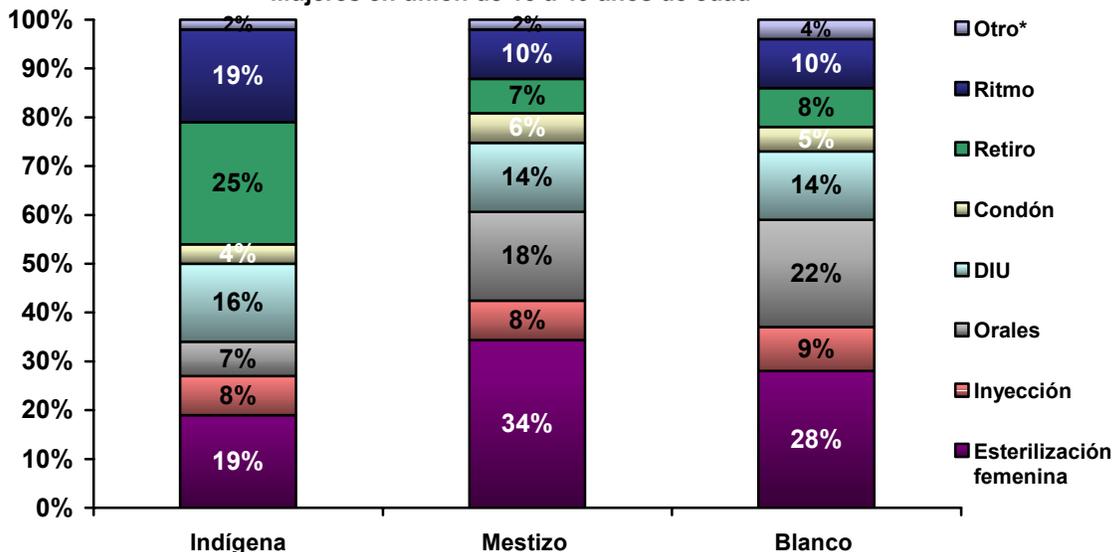
**GRAFICA 7**  
**Mezcla anticonceptiva por quintiles, Ecuador 2004**  
**Mujeres en unión de 15 a 49 años de edad**



Fuente: ENDEMAIN 2004, Informe Final; Tabulaciones JSI DELIVER

En Ecuador, se observan las disparidades más grandes en la mezcla de anticonceptivos dentro de los grupos étnicos. La gráfica 8 muestra que los métodos tradicionales representan el 44% de los métodos seleccionados por las indígenas, mientras que el porcentaje en grupos blancos es solamente 18%. También los orales como un método de elección es más bajo en las indígenas, (7%), que en grupos blancos, (22%).

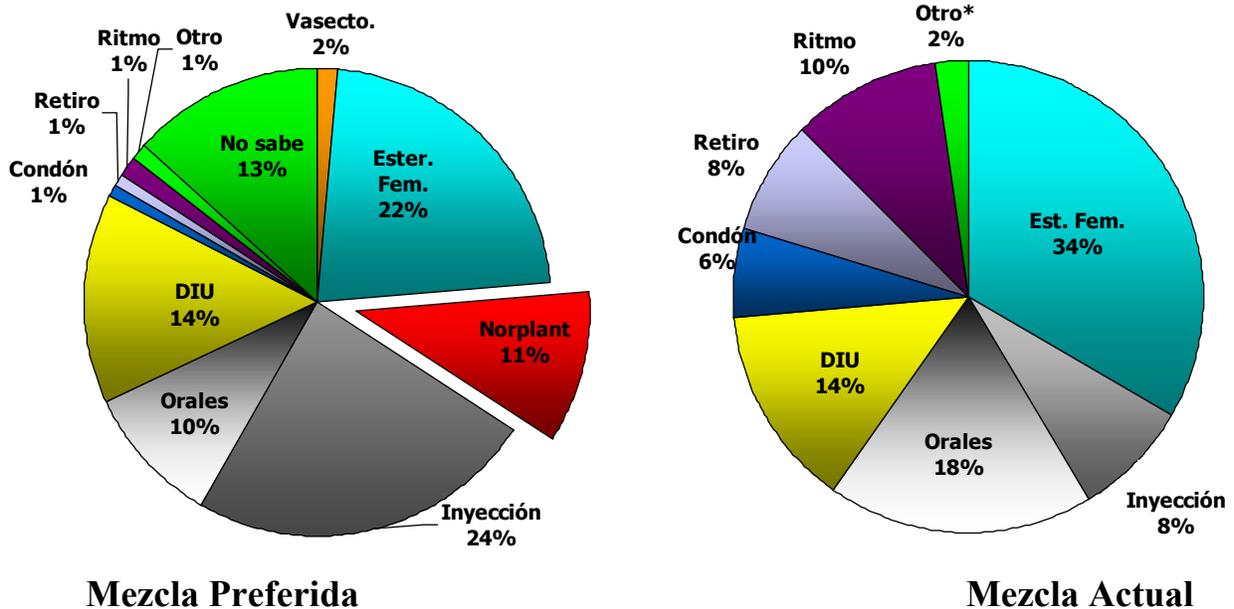
**GRAFICA 8**  
**Mezcla anticonceptiva por grupo étnico, 2004**  
**Mujeres en unión de 15 a 49 años de edad**



Fuente: ENDEMAIN 2004, Informe Final; Tabulaciones JSI DELIVER

La gráfica 9 muestra qué métodos preferirían usar en la actualidad las mujeres en unión si pudieran elegir. Es interesante notar que casi el 11% de las mujeres preferirían usar Norplant, sin embargo menos del 2% lo usan. En el caso de las inyecciones, el 24% preferirían usarlas, mientras que el uso actual es solo 8%. Es interesante observar que el 12% de las mujeres esterilizadas hubiera preferido elegir otro método, (probablemente implante o inyectable). Este hecho es congruente con la reducción observada en la preferencia de este método entre 1994 y el 2004.

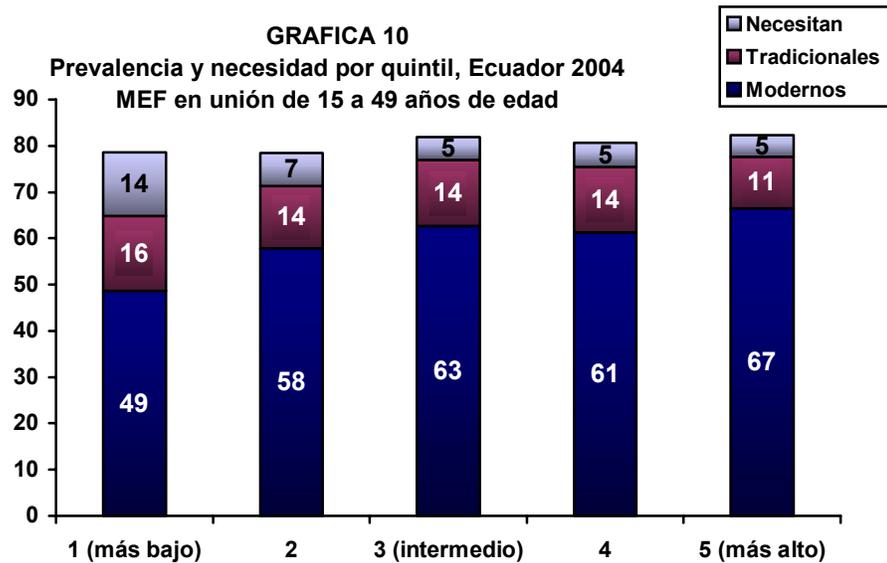
**Grafica 9**  
**Mezcla preferida y mezcla actual**



\*Norplant, vasectomía, vaginales y MELA  
Fuente: Tabulaciones JSI DELIVER, ENDEMAIN 2004

### 5.1.3. Población no cubierta con servicios de planificación familiar

En el 2004, la TPA (métodos modernos) en las MEF en unión, fue de 67% para el quintil 5, y de 49% para el quintil uno. Es una diferencia de más de 16 puntos porcentuales. La grafica 10 muestra que la necesidad para servicios de planificación familiar es sumamente elevada entre las mujeres de mayor pobreza, alcanzando 14% (Q1).



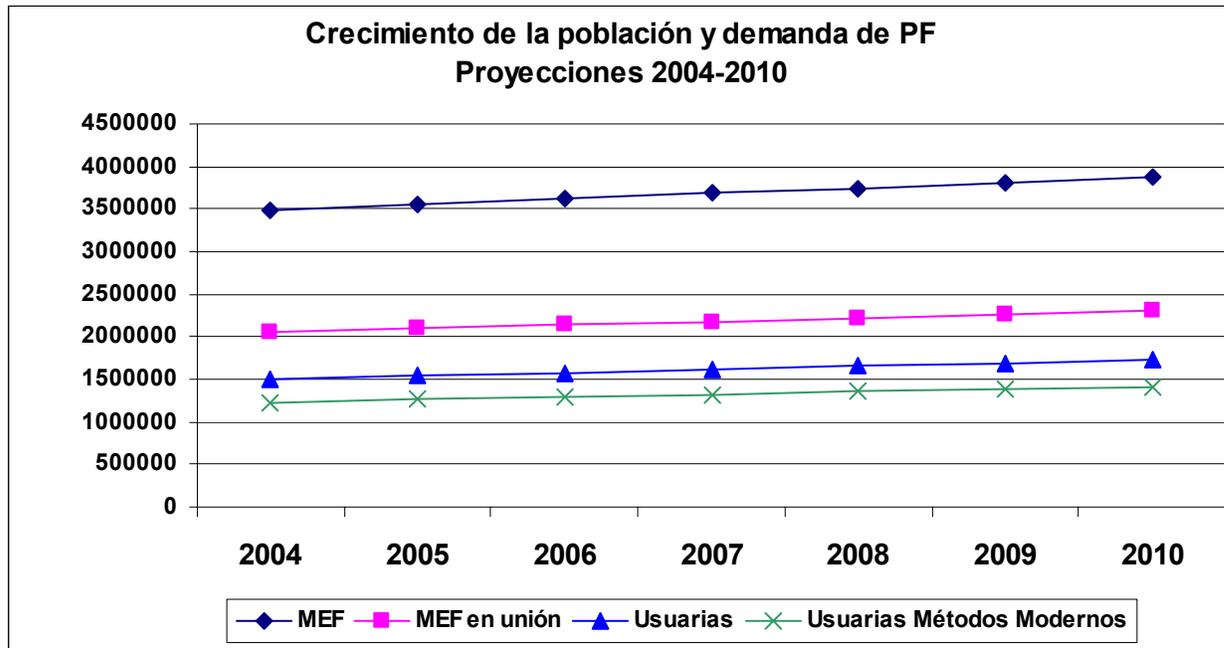
Fuente: ENDEMAIN 2004: Informe Final, y CDC datos preliminares para "Ecuador's Current and Future Contraceptive Needs: An Analysis Based on the ENDEMAIN 2004 – Draft June 2005"

Cuando analizamos la necesidad de servicios de planificación familiar por grupo étnico y ubicación geográfica, observamos que la necesidad es alta en grupos indígenas (19%) y en zona rural (11%) [ENDEMAIN 2004, Informe Preliminar, Cuadro 6.5, mujeres casadas o unidas]. El reto para atender la necesidad, se concentra principalmente en estos sectores, en los cuales se mezclan diversas barreras de acceso, tanto desde la oferta (precios, capacitación del proveedor, variedad de métodos ofertados), como otras propias de la demanda (desconocimiento, temores, y falta de recursos).

### 5.1.4. Crecimiento de la población y demanda de anticonceptivos

Como parte del análisis de este estudio, se ha utilizado el software SPECTRUM para proyectar el crecimiento poblacional y el uso de la planificación familiar hasta el año 2010. Los resultados se indican en la gráfica 11 y son discutidos a continuación.

GRAFICA 11



Fuente: Proyecciones SPECTRUM y ENDEMAIN 2004

La Tabla 2 muestra que:

- En solamente 6 años, se anticipa un crecimiento de 240,000 mujeres en edad reproductiva en unión (de 2,059,824 a 2,299,444).
- El número de usuarias de métodos anticonceptivos modernos aumentará en 192,000.
- Habrá 1,417,210 usuarias de métodos modernos, comparadas con las 1,225,600 que se estiman en el 2004.

Cabe señalar que para efectos de las proyecciones de SPECTRUM, la tasa de prevalencia y la mezcla de métodos no se modificaron del 2004 al 2010.

<b>Tabla 2: Incremento proyectado en usuarias de anticonceptivos por método</b>			
<b>Método</b>	<b>Proyecciones 2004-2010 # de mujeres 15-49</b>		
	<b>2004</b>	<b>2010</b>	<b>aumento</b>
<b>Condomes</b>	88,572	102,420	13,848
<b>Esteril. Femenina</b>	498,477	576,410	77,933
<b>Inyecciones</b>	121,530	140,530	19,000
<b>DIU</b>	208,042	240,568	32,526
<b>Implante</b>	12,359	14,291	1,932
<b>Orales</b>	273,957	316,787	42,830
<b>Tradicional</b>	271,897	314,405	42,508
<b>Otra</b>	22,658	26,200	3,542
<b>Total (Cualquier Método)</b>	1,497,492	1,731,611	234,119
<b>Total (Métodos Modernos)</b>	1,225,595	1,417,206	191,611
<b>No Usan</b>	562,332	882,238	319,906
<b>Todas las mujeres en unión</b>	2,059,824	2,299,444	239,620
<b>Supuesto: Mezcla de métodos se queda constante</b>			
Fuente: ENDEMAIN 2004, datos preliminares; proyecciones SPECTRUM, U.S. Census Bureau Internacional Database, Tabla 094, 2004			

## 5.2. SEGMENTACIÓN DEL MERCADO

### 5.2.1. Papel de los Sectores Público y Privado en la Provisión de Servicios

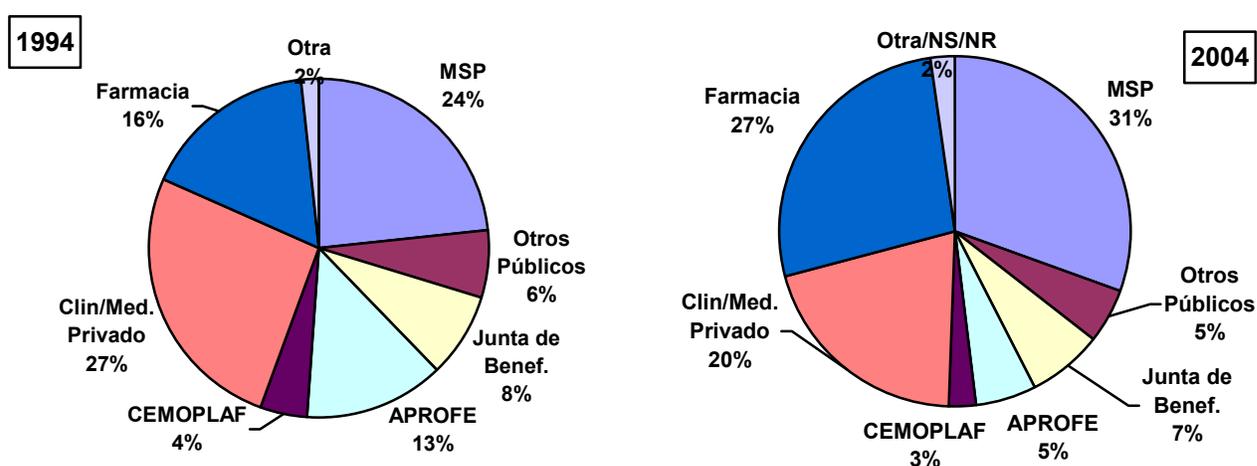
El concepto de segmentación de mercado es fundamental en la DAIA. Para lograr sostenibilidad en el tiempo, es importante considerar el papel que juegan todos los sectores que participan en la provisión de métodos anticonceptivos en el país. Teniendo en cuenta los recursos limitados en el sector público, se hace necesario priorizar la población que requiere de mayores subsidios y que representa la población a servir por el MSP, vale decir los quintiles pobres (Q1 y Q2). El IESS, con recursos de los asegurados, debería cubrir las necesidades anticonceptivas de las usuarias en los quintiles medios, o sea, aquella población que cuenta con un trabajo formal (probablemente parte del Q2, el Q3 y parte del Q4). Estos quintiles son los que también por lo general son cubiertos por algunas ONGs. Los quintiles más ricos (Q4 y Q5), quienes tienen acceso a seguros privados, deberían ser cubiertos por estos seguros privados o por el sector comercial y las farmacias. A pesar de que la segmentación del mercado suele variar de un país a otro, el punto a considerar es el que la provisión de servicios a cada uno de estos segmentos esté balanceada adecuadamente entre las personas que pueden pagar y las que requieren de subsidios para la obtención de insumos y servicios. Hay diferentes factores que pueden afectar a la segmentación del mercado, tales como las políticas del sector público, el apoyo a los programas de planificación familiar, los precios de los insumos y de las consultas, la situación económica del país en general y las barreras que tenga el sector comercial para importar y distribuir los insumos.

Para hacer un análisis de la situación en Ecuador, veremos quiénes son los proveedores de métodos anticonceptivos y servicios, así como su participación en el mercado.

## 5.2.2. Proveedores de Servicios y Fuente de Abastecimiento de las Usuarias

En Ecuador, según el reporte preliminar de la ENDEMAIN 2004, la provisión de servicios a través de los sectores públicos y privados estaba compuesta de la siguiente manera:

**GRAFICA 12**  
**FUENTES DE ABASTECIMIENTO, ECUADOR 1994 y 2004**

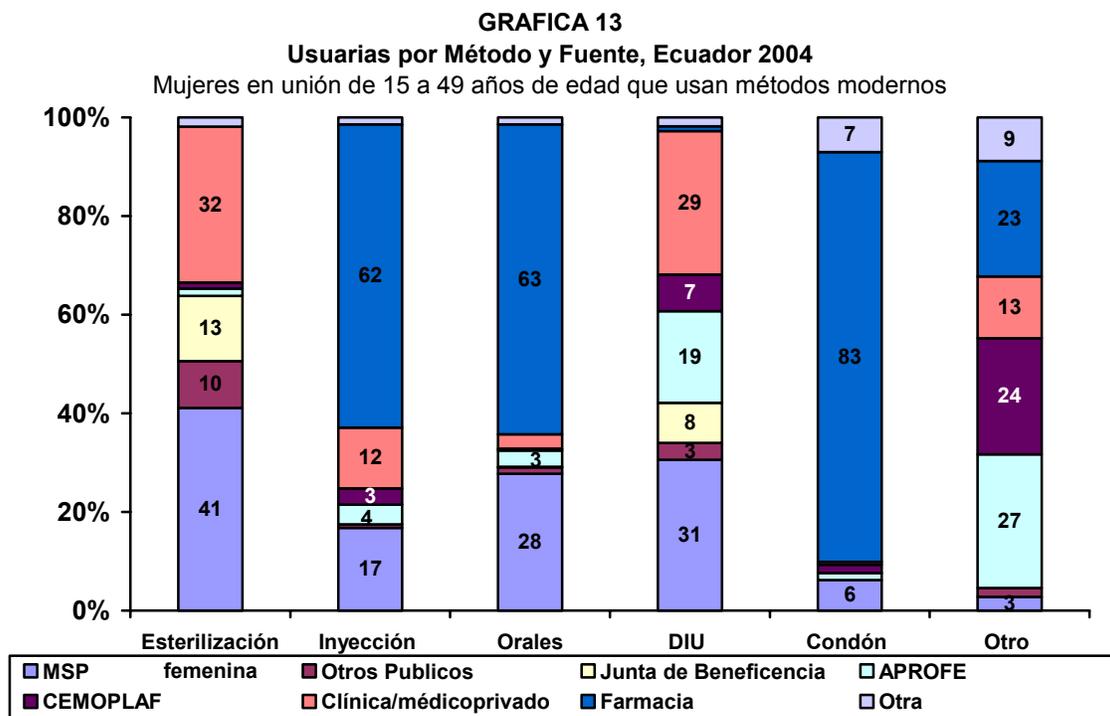


Fuente: ENDEMAIN 1994 Informe General, Cuadro 5.11; ENDEMAIN 2004 Informe Final, Cuadro 7.9

Entre 1994 y 2004, las farmacias y el Ministerio de Salud Pública crecieron en su porcentaje de cobertura del mercado total de anticonceptivos. Las farmacias aumentaron en un total de 11 puntos porcentuales, o sea, de 16% a 27%; el MSP aumentó en 7 puntos porcentuales, o sea, del 24% a 31%. Durante este mismo período, el porcentaje del mercado de las clínicas y médicos privados, las ONGs y los otros sectores públicos bajaron.

Asimismo, es de resaltar que el MSP es ahora el mayor proveedor de métodos modernos y probablemente su crecimiento se deba a la reducción en la cobertura de las ONGs, particularmente con APROFE. En diez años, la cuota de mercado de APROFE bajó del 13% a 5% y CEMOPLAF del 4% al 3%, eso es un total de 9 puntos porcentuales. Hay diferentes explicaciones posibles para estos cambios. Por ejemplo, desde que la ley de Maternidad Gratuita empezó en 1994, es posible que más mujeres tengan acceso a sus servicios en el MSP que antes. También este hecho se explica con el cese de las donaciones que tanto APROFE y CEMOPLAF recibían de USAID; a partir de esa fecha, estas ONGs han estado adquiriendo sus anticonceptivos en el país a un costo alto, de tal manera que las usuarias que no pueden pagarlo, probablemente ahora se surten del MSP. Otra razón es que ahora que los anticonceptivos son más populares, otros sectores tienen más facilidad para servir el mercado.

En la gráfica 13 se aprecia la diversidad dentro de la fuente de obtención de anticonceptivos modernos según el método. Se observa que la mayoría de las mujeres van a las farmacias para obtener sus condones, orales e inyecciones. Esto puede deberse a que las usuarias acceden directamente al método sin tener que pasar por engorrosos procesos y consultas en el MSP.



Fuente: ENDEMAIN 2004, Informe Final, Cuadro 7.10

Sin embargo, el MSP es el principal proveedor de esterilización femenina. Otros aspectos a resaltar se describen a continuación.

### 5.2.2.1. Farmacias

Además de ser los proveedores principales de las inyecciones (62%), orales (63%) y condones (83%), también están abarcando una importante parte de los otros anticonceptivos que incluyen Norplant y métodos vaginales.

### 5.2.2.2. MSP

El principal proveedor de los DIUs y la esterilización femenina es el MSP, cubriendo el 31% y el 41% del mercado respectivamente. Casi el 28% van al MSP por orales.

Por otro lado, el menor uso de la esterilización en los grupos vulnerables (rural, pobre, indígena y menos educado) quizás se deba a problemas en el acceso al método, mientras que es posible que las usuarias de zona urbana y de quintiles más ricos, estén accediendo al servicio de esterilización en el MSP aunque tengan más recursos para pagar por estos servicios.

### **5.2.2.3. Clínicas y Médicos Privados**

Las clínicas y médicos privados también cubren una parte del mercado importante de la esterilización femenina; aproximadamente el 30% de los usuarios van a las clínicas para este servicio. Estas fuentes cubren casi 29% del mercado de DIUs.

### **5.2.2.4. IESS y otros públicos**

La ley de seguridad social establece que la prestación de servicios debe ser para el afiliado, su cónyuge e hijos menores de 6 años. Sin embargo, por falta de reglamento que determine el financiamiento para cubrir estos servicios, solo se está prestando servicios de PF y provisión de anticonceptivos al afiliado. El IESS solo está permitido a comprar los medicamentos que están en el cuadro básico nacional, de tal manera que en los últimos años, solo ha estado ofreciendo ciclos orales, dado que los otros anticonceptivos no están incluidos en el cuadro básico de medicamentos (CBM). Cabe señalar que sí se están haciendo esterilizaciones femeninas y se están aplicando DIUs que la afiliada tiene que comprar en la farmacia.

El SSC funciona diferente; por una contraprestación mensual de US\$0.40 tanto el afiliado como su familia están cubiertos. De tal manera que teóricamente el SSC podría estar cubriendo buena parte de las poblaciones vulnerables. Sin embargo, tienen la misma limitante que el IESS; no pueden comprar medicamentos que no estén incluidos en el CBM. Por tanto, hasta la fecha solo ha estado ofreciendo ciclos orales. En Noviembre de 2004 el SSC firmó el convenio con Maternidad Gratuita para proveer servicios de PF a partir del 2006. El convenio permitirá proveer los siguientes anticonceptivos: Condón, Mesigyna (inyectable mensual) y T de Cobre. Sin embargo, los ciclos orales que sí están en el cuadro básico de medicamentos, no figuran en el presupuesto del SSC y tampoco en el convenio con Maternidad Gratuita.

La limitante de ofertar un solo método ya es una razón que explica la cobertura tan baja del Seguro Social en el mercado total de provisión de anticonceptivos.

El método que el IESS y otros públicos (FFAA, Policía y Patronato San José) cubren más que otros, es la esterilización femenina. Sin embargo, solo llega al 10% de la cuota total del mercado. Aunque el único anticonceptivo que el IESS ofrece para sus usuarias es el ciclo oral, menos del 1% de todos los usuarios recurren a esta fuente para obtener sus orales (FFAA/Policía 0.3% y Patronato San José 0.2%).

### **5.2.2.5. Organizaciones no gubernamentales**

#### **CEMOPLAF**

Los servicios de CEMOPLAF incluyen PF, ginecología y obstetricia, pediatría/atención a niños, control de embarazo, medicina general, detección oportuna del cáncer, atención integral para adolescentes (clínicos, laboratorio clínico-patológico [sangre, orina, heces, microbiología y otros exámenes], eco-sonografía [o ultrasonido], botiquines que ofrecen medicinas).

Luego de haber cesado las donaciones de USAID, CEMOPLAF ha bajado su cobertura del mercado nacional de anticonceptivos en un punto porcentual, entre 1994 y 2004. Con el alza de precios de los anticonceptivos, luego de cesar las donaciones, probablemente ha habido un desplazamiento de sus usuarias, donde las de menores ingresos están abandonando la institución para abastecerse del MSP, concentrándose el mayor porcentaje de sus usuarias actuales en los quintiles más altos.

## **APROFE**

Los servicios de APROFE incluyen PF, ginecología, control prenatal, urología, pediatría, medicina general, cardiología, genética médica, oftalmología, endocrinología, odontología y laboratorio (incluyendo exámenes de sangre). Adicionalmente APROFE también brinda servicios de educación en salud y PF en colegios, fábricas y comunidades.

La cobertura de APROFE en PF ha sufrido más que CEMOPLAF al cesar las donaciones. Se puede observar el mismo efecto que en CEMOPLAF, la mayor concentración de usuarias se encuentran en los quintiles más ricos. La más dramática reducción en la cobertura que se observa en APROFE en comparación con la reducción en CEMOPLAF se explica debido a que APROFE tenía un componente muy importante de distribución comunitaria de anticonceptivos (DCA) en población vulnerable. Al cesar las donaciones y al incrementarse el precio de los anticonceptivos, lógicamente éste fue el componente que más sufrió impactando en la cobertura que ahora se observa en APROFE.

### **5.2.3. Focalización de recursos del sector público**

La focalización es una estrategia por la cual se identifica qué parte de la población requiere concentración de recursos en razón de su baja TPA, sus necesidades insatisfechas y su vulnerabilidad. De esta manera se aumenta la eficiencia y la efectividad de los recursos. Identificando qué segmento de la población está accediendo a las distintas fuentes de anticonceptivos, es posible planificar dónde concentrar los recursos limitados del Estado.

En Ecuador existe un artículo de la ley de Maternidad Gratuita que contempla estos principios. El Artículo 16.2, sobre el Monto de Asignaciones, dice que “Adicionalmente se añadirá un 10% por:

- Situación de pobreza que sobrepase el 70% de acuerdo al mapa de pobreza del Ecuador.
- Por dificultad de acceso a las unidades de salud; y,
- Por el porcentaje de muerte materna o infantil que sobrepase el promedio nacional.”

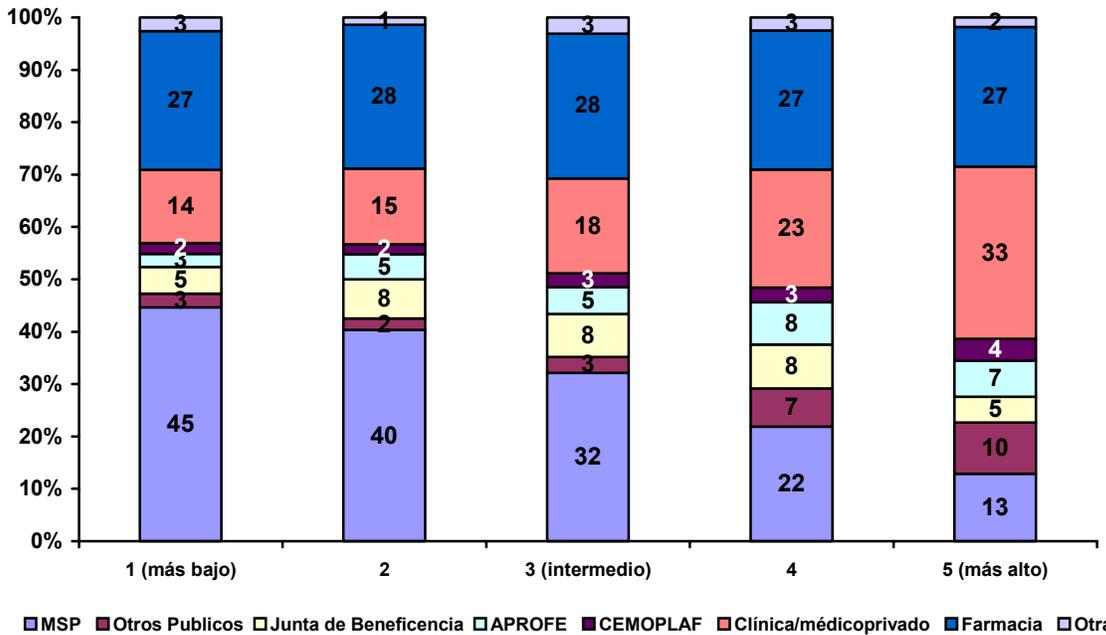
Aunque todavía hay disparidades entre los grupos vulnerables, ya podemos ver éxitos en la disminución de las brechas.

A continuación, se observa en las gráficas 14 y 15 que algunos sectores podrían adquirir los métodos anticonceptivos de otras fuentes (farmacias, ONGs) puesto que cuentan con mayor capacidad de pago que las usuarias de estratos muy pobres o con otras razones para su acceso limitado a los servicios y una necesidad insatisfecha más grande (ver Gráficas 10 y 11).

Por ejemplo, en la gráfica 14 se observa que un porcentaje importante del Q3 (32%), Q4 (22%) y Q5 (13%) utilizan los servicios del MSP, mientras que los quintiles más bajos se ven obligados a recurrir a las farmacias en el mismo porcentaje que el quintil más alto.

### GRAFICA 14: Usuarías por Quintil y Fuente de Método, Ecuador 2004

Mujeres en unión de 15 a 49 años de edad que usan métodos modernos



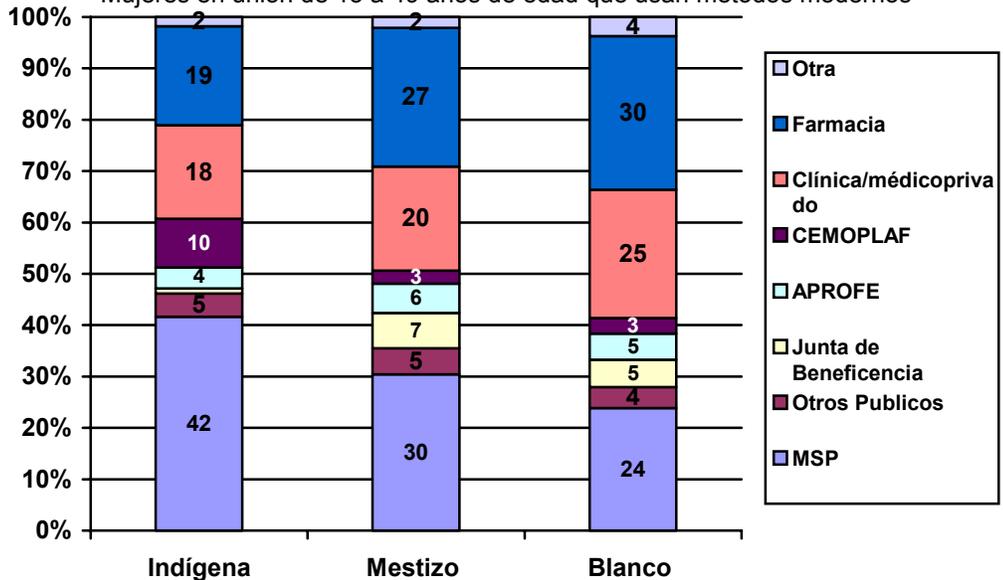
Fuente: ENDEMAIN 2004, Informe Final, Cuadro 7.10

De la misma manera, en la gráfica 15 observamos que hay una situación similar con los grupos étnicos que tienen menos necesidades insatisfechas (mestizo y blanco), las cuales se abastecen del MSP en un alto porcentaje (30% y 24% respectivamente), mientras que 53% de las mujeres de grupos indígenas van al sector privado. Pero evidentemente no todo este grupo vulnerable puede hacerlo; por lo tanto, aún existe una necesidad insatisfecha de 19%, tal como hemos observado anteriormente en la gráfica 11.

### GRAFICA 15

#### Usuarías por Grupo Étnico y Fuente de Método, Ecuador 2003

Mujeres en unión de 15 a 49 años de edad que usan métodos modernos





### **5.3.1. Sistema de Distribución**

Con la implementación de la descentralización, las 167 Jefaturas de Área de Salud reciben asignaciones presupuestales del Ministerio de Economía y Finanzas para la compra de medicamentos. Aún cuando los ciclos orales están incluidos en el cuadro básico de medicamentos y se podrían comprar con los fondos del Ministerio de Economía y Finanzas, el costo de los anticonceptivos realmente está siendo cubierto con fondos de la Ley de Maternidad Gratuita.

Algunos Centros de Salud y Hospitales por su dimensión y capacidad administrativa se constituyen en Jefaturas de Área, las mismas que realizan compras para todos sus sub-centros. Sin embargo, no existe un sistema de distribución estandarizado que establezca claramente cada cuanto tiempo se debe comprar o distribuir a los niveles inferiores. Los niveles inferiores no siguen un patrón para calcular sus pedidos o compras y la mayoría de los establecimientos visitados mencionó no contar con un sistema de control de inventarios de máximos y mínimos.

En la mayoría de los casos se reciben los anticonceptivos dentro de la semana posterior al pedido, ya sean pedidos a las Jefaturas de Área, o compras a proveedores locales. En la mayoría de los casos se reciben las cantidades que se solicitan. El transporte está cubierto por los proveedores cuando se trata de compras locales y los sub-centros reciben por lo general sus anticonceptivos enviados por la jefatura de Área.

Con frecuencia se hacen pedidos de emergencia. Las compras que realizan las Jefaturas de Área se basan en las programaciones anuales y las distribuciones se realizan de acuerdo a las solicitudes de los sub-centros.

### **5.3.2. Sistema de Información para Administración Logística – SIAL**

La descentralización ha delegado a las Jefaturas de Área las decisiones sobre el diseño e implementación del sistema de información que utilicen, por lo tanto no existe estandarización. Mientras una Jefatura de Área intenta llenar el vacío de información de consumo y saldos para tomar decisiones en el sistema de distribución, existen otras Jefaturas de Área que solo recolectan el dato de consultas de PF.

Cabe recordar que para el reembolso de Maternidad Gratuita, se requiere del reporte de volumen de consultas realizadas en PF. Sin embargo, Maternidad Gratuita no exige que se especifique qué tipo de consulta se efectuó. Hay casos en los que la usuaria llega al servicio pero no se lleva su anticonceptivo; de igual manera no se reporta el tipo de método que se lleva la usuaria. Por lo tanto, el único dato que llega al nivel central es número de consultas.

Aún cuando la unidad de Salud Reproductiva del nivel central ha establecido normas de entrega para cada método, el dato de consultas no ayuda a cuantificar el consumo de los anticonceptivos, debido a que solo se reporta el total de usuarias atendidas, sin especificar a qué método accedieron.

Por otro lado, tampoco se conoce el volumen total de compras efectuadas por cada anticonceptivo al año. Si bien a Maternidad Gratuita llegan las facturas de las compras efectuadas por las Jefaturas de Área, el único propósito es para verificar que se hayan cumplido con las normas establecidas para los procesos de

compra. No existe personal destinado para procesar estas facturas y cuantificar el volumen de la compra ni el gasto por cada método.

### **5.3.3. Estimación de Necesidades**

Las Jefaturas de Área reportaron haber recibido algunas instrucciones para realizar sus estimaciones de necesidades basadas en número de consultas, inclusive cuentan con una hoja de cálculo para elaborarla.

En muchas Jefaturas de Área, los sub-centros no participan en la elaboración de su Plan Operativo Anual (POA). Son las Jefaturas de Área que están calculando el consumo de sus niveles inferiores usando el dato de consultas que ellas les reportan. Se contabiliza entonces el dato de usuarias y se compara con el número de Mujeres en Edad Fértil en el Área; de esta manera se conoce el porcentaje de MEF que las unidades han atendido en el año y de esta manera se proyecta una cobertura mayor para el año siguiente.

Por ejemplo: si se alcanzó a atender un 3.5% de las MEF, entonces se proyecta entre el 5% o 10% para el siguiente año. A este volumen total de consultas efectuadas se le aplica una mezcla “tentativa” (una mezcla al criterio de los que están elaborando el POA) y no la mezcla de métodos de la ENDEMAIN. De esta manera, este dato se traduce en cantidad de anticonceptivos requeridos al multiplicarse por el factor de uso establecido por Salud Reproductiva.

Debido a que los datos de consumo solo son recogidos por algunas Áreas, no se está usando este dato para el ejercicio anual de estimación de necesidades en el POA. Por lo tanto, las estimaciones pueden tener un sesgo muy grande por las razones mencionadas anteriormente y que resaltamos a continuación:

- El número de consultas no necesariamente indica que la paciente llegó y se llevó un método.
- Al no especificarse qué tipo de método se llevó la paciente, ese dato es estimado, más no obtenido de la fuente de origen
- En el cálculo de cuántas usuarias pueden haber llegado al establecimiento a llevarse determinado método, no se está usando la mezcla de métodos que reporta ENDEMAIN; en su lugar, se está aplicando un cálculo empírico sin documentación que lo sustente.
- Se está aplicando el factor de uso por cada método que no necesariamente responde a la práctica que el personal está haciendo.

### **5.3.4. Adquisiciones**

Aún cuando en el Ministerio de Salud no existen restricciones para compras internacionales, con la descentralización las Jefaturas de Área están realizando compras locales. Si bien hay recortes presupuestales para compra de medicamentos, la Ley de Maternidad Gratuita garantiza los fondos para la compra de anticonceptivos aún cuando no figuren en la lista básica de medicamentos. Al reportar las Jefaturas de Área el volumen de consultas de PF en el Área, reciben de Maternidad Gratuita la dotación de fondos a razón de US\$ 4.00 por consulta. Aún cuando las asignaciones de Maternidad Gratuita a las Jefaturas de Área se hacen de manera mensual, las Jefaturas de Área reportaron hacer compras trimestrales, semestrales o inclusive anuales, lo cual puede indicar que los fondos asignados mensualmente pueden cubrir incluso necesidades trimestrales o mayores.

Esto sumado al hecho que los establecimientos reportaron que los volúmenes de compra de anticonceptivos en los últimos tres años han sido suficientes para cubrir la demanda, denota que las adquisiciones no se ven limitadas por disponibilidad de fondos.

Para garantizar la transparencia de los contratos de compra, se hace una pre-calificación a los proveedores, en los que se evalúa la calidad del producto y su solvencia. Sin embargo, en esta pre-calificación no se exige que se respete el precio durante todo el año, por lo cual se observa una proliferación de marcas en el sistema y por consiguiente también una variación de precios significativa.

Tal y como se está ejecutando la descentralización en las adquisiciones en el MSP a la fecha, donde cada Jefatura de Área compra sus propias necesidades, el sistema no se beneficia con precios ventajosos que podrían conseguirse al realizar compras internacionales; del mismo modo, se impide la realización de una negociación consolidada a nivel nacional con las casas farmacéuticas pre-calificadas para beneficiarse por la economía de escala.

Se ha observado que los precios han variado de año a año. La tendencia por lo general es a obtener mejores precios con la experiencia en negociación. La Tabla 3 a continuación permite ver la evolución de los precios que en promedio las Jefaturas de Área han estado obteniendo en los últimos años. En el mismo cuadro, se puede observar también la diferencia de precios con respecto a las marcas del mismo anticonceptivo.

**Tabla 3: Precios Promedio Reportados, en dólares americanos**

<b>ANTICONCEPTIVO</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
	<b>PROM.</b>	<b>PROM.</b>	<b>PROM.</b>	<b>PROM.</b>
<b>Condon</b>	0.08	0.07	0.06	0.06
<b>CICLOS ORALES</b>				
<b>Solo Progesterona</b>				
Cerazette	3.34	3.43	4.00	3.50
Exluton	3.01	2.85	2.61	2.50
Microlut	-	-	3.12	2.86
Minulet	2.60	2.60	-	-
<b>Orales combinados</b>				
Belara	4.62	4.41	4.61	4.90
Duofem*	-	-	0.82	0.82
Femiane	-	5.89	5.41	5.11
Harmonet	2.79	2.79	-	-
Microgynon	2.71	3.15	2.41	2.22
Nordette	1.55	-	-	-
<b>Píldora Trifásica</b>				
Triquilar	5.78	5.63	5.22	-
<b>INYECTABLES</b>				
Topasel	2.95	3.13	3.25	3.10
Mesigyna	3.55	3.56	4.44	3.52
<b>T de Cobre 380A</b>	1.60	1.74	1.90	2.89

\* compras a través de APROFE o CEMOPLAF

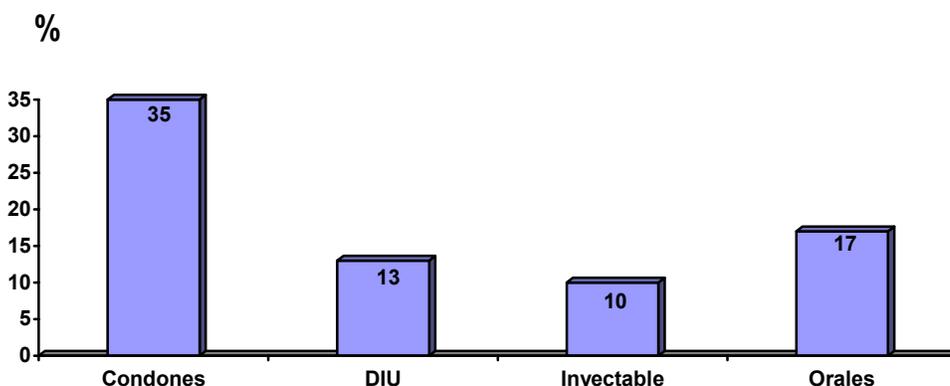
Como se mencionó anteriormente, por lo general las Jefaturas de Área realizan compras cada tres meses y no existe patrón para las distribuciones a los sub-centros, la frecuencia varía de mensual a anual y dependerá de cuándo el sub-centro hace su pedido. No existen quejas con respecto a los proveedores. Sin embargo, las quejas de las Jefaturas de Área son por la demora de los trámites para aprobación de sus licitaciones cada vez que tienen que hacer una compra. Esta demora puede tomar en muchos casos de 1.5 meses a 2 meses. Cabe señalar que éste no sería un problema si se estuviese aplicando un sistema de control de inventarios en el que se haga la previsión de este lapso de reabastecimiento para estar contemplado en cálculo de las cantidades a comprar.

### 5.3.5. Acceso/Servicio

Por la falta de sistematización y estandarización en manejo de inventarios mencionados anteriormente, los hallazgos muestran que aún cuando no existe restricción de fondos para la compra de los anticonceptivos, el acceso de los usuarios a los métodos anticonceptivos se ve restringido por desequilibrios en las existencias. Mientras existe desabastecimiento en algunos establecimientos, se ve un ligero sobreabastecimiento en otros. El origen es el mal cálculo en los pedidos y/o compras, razón por la cual las Jefaturas no tienen suficiente para enviar a sus sub-centros. Por otro lado, el sobre-abastecimiento no es significativo como para generar vencimientos.

Aún cuando la muestra de este estudio es pequeña y no tenemos una representación nacional, en los establecimientos visitados se pudo observar que no existe un porcentaje alarmante de desabastecimientos como lo demuestra la gráfica 16. Sin embargo, es importante recordar que para mejorar la DAIA, la situación ideal es que en ningún momento las existencias lleguen a cero en ningún nivel del sistema de distribución.

**GRAFICA 16**  
**Desabastecimiento en los últimos 6 meses**



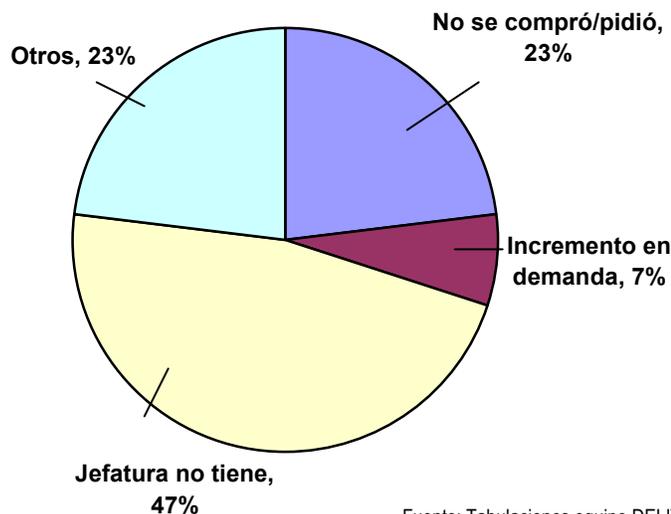
Fuente: Tabulaciones equipo DELIVER 2005

Como se observa, durante los últimos seis meses, el condón es el método que estuvo más frecuentemente desabastecido. Esto puede deberse a que en los cálculos de reabastecimiento no se consideran cantidades para uso en prevención de VIH/SIDA, solo por consumo de PF.

Cabe aclarar que dada la proliferación de marcas, para reportar el desabastecimiento de orales, se consideraron los establecimientos desabastecidos de la marca que usan, divididos entre el total de establecimientos visitados.

Los motivos para el desabastecimiento que reportaron los entrevistados fue en su mayoría que la Jefatura de Área no tenía suficiente producto, según lo muestra la gráfica 17.

**GRAFICA 17**  
**Razones del Desabastecimiento**



Fuente: Tabulaciones equipo DELIVER 2005

Se observó que los establecimientos ofrecen la gama completa de métodos: condones, inyectables, ciclos orales y DIU. En el caso de ciclos orales, se vio que la mayoría de los establecimientos cuentan tanto con el ciclo oral combinado, así como con el ciclo oral de solo progesterona, recomendada para lactantes.

Analizando el volumen de consumo del oral combinado y el oral de solo progesterona, se puede observar un comportamiento atípico. En programas de PF de otros países se ha observado que menos del 10% de usuarias de ciclos orales decide embarazarse en un momento dado y por tanto necesita para su período de lactancia, una píldora que la proteja hasta que termine de lactar. En Ecuador se observa que el consumo de las píldoras combinadas y las de solo progesterona están casi a la par. Consultados los encuestados, mencionan que cuando las gestantes llegan a sus controles pre y post natales, son captadas para planificación familiar. Cuando se ve que el consumo de ciclos orales combinados no aumenta, se deduce entonces que estas “usuarias” de ciclos orales, son meramente eventuales y solo lo consumen mientras tienen el seguimiento del proveedor de salud en las consultas pre y post natales, luego abandonan el método.

En la tabla 4 a continuación podemos ver los Meses de Existencia Disponible (MED) mas frecuentemente observados en los establecimientos visitados. En los establecimientos que se observó desabastecimiento

se indagó también cuantas veces sufrieron desabastecimiento en los últimos seis meses, en su mayoría fue un solo evento de desabastecimiento. Cuando se indagó sobre el número de días desabastecidos, el promedio varía dependiendo del producto, desde una semana hasta 5 de los 6 meses del análisis, como es el caso de DUOFEM. Sin embargo, para este análisis individualizado de este dato por producto, tenemos que tener en cuenta que en el Ministerio de Salud no se promueve la fidelidad de las usuarias por determinada marca de píldora, por lo tanto, que un establecimiento haya estado desabastecido de DUOFEM, puede significar también que haya decidido descontinuar la marca y empezar a utilizar otra. Con respecto al volumen de producto vencido se muestran en la tabla números absolutos y se observa que la cantidad es insignificante.

**Tabla 4**

<b>ANTICONCEPTIVO</b>	<b>MED Mediana</b>	<b># de Veces Desabastecido</b>	<b>Promedio Días Desabastecidos</b>	<b>Cantidad Vencida</b>
<b>Condon</b>	3.5	1	32	315
<b>CICLOS ORALES</b>				
<b>Solo Progesterona</b>				
Cerazette	4.6	0	0	0
Exluton	2.9	0	0	0
Microlut	4.0	1	60	2
<b>Orales combinados</b>				
Belara	6.5	0	0	0
Duofem	0.5	5	150	0
Microgynon	4.7	1	55	2
<b>Píldora Trifásica</b>				
Triquilar	7.1	1	13	0
<b>INYECTABLES</b>				
Topasel	1.6	1	7	0
Mesigyna	2.4	1	150	2
<b>T de Cobre 380A</b>	5.8	1 – 5	110	1

## **6. OTROS ACTORES**

### **6.1. IESS**

En años pasados el IESS recibía anticonceptivos donados de USAID. Hoy el IESS sigue prestando servicios de PF al afiliado, a través de sus dispensarios y en los dispensarios que establece en empresas con más de 100 empleados. Sin embargo, sólo suministra anticonceptivos orales. El IESS no está autorizado a comprar medicamentos que no estén incluidos en el CBM.

Los anticonceptivos están integrados con los demás medicamentos dentro de las estimaciones de las farmacias/dispensarios. La dirección consolida estas estimaciones y envía el presupuesto al Consejo Directivo donde se aprueba en el 100%. El presupuesto aprobado se asigna una vez al año y las unidades compran mensual o trimestralmente; cada unidad programa sus necesidades y hace las compras a proveedores locales pre-calificados, los dispensarios (puntos de servicio pequeños) se agrupan y compran juntos, el pago es contra entrega y la aprobación del contrato para la compra va a la dirección general y la aprobación demora un mes. Aún cuando no hay restricciones en el IESS para hacer compras internacionales, todos los anticonceptivos se compran localmente.

Se captura información de consumo y existencias, se usa para valorizar los saldos y para estimar necesidades futuras. Por lo general se hacen compras trimestrales, pero no se cuenta con un sistema de control de inventarios máximos y mínimos y el personal a cargo del sistema logístico no ha sido capacitado, no cuenta con un manual de logística y no recibe supervisión logística.

En resumen, mientras no se incluya los otros anticonceptivos en el cuadro básico de medicamentos de CONASA, el IESS no podrá mejorar su oferta y por tanto su cobertura. Si bien no existe restricción económica para las compras el día de hoy, cuando se requiera comprar más anticonceptivos será necesario optimizar los recursos y por tanto, la descentralización en las compras sería un problema. El sistema logístico es débil, al no contar con un sistema de control de inventarios no asegura un constante abastecimiento en las cantidades adecuadas de anticonceptivos.

### **6.2. SEGURO SOCIAL CAMPESINO**

El Seguro Social Campesino se financia del IESS y del aporte del gobierno. La ley de prestaciones medicas privadas establecen que el médico privado pague un impuesto que se revierta al SSC, pero la ley no aplica aún por falta de reglamento. Mediante este seguro, el afiliado paga US\$ 0.40 mensuales para recibir servicios el afiliado, su cónyuge y toda la familia, incluyendo padres e hijos.

El SSC presta servicios de PF con orales, se hace una compra centralizada al año a firmas acreditadas por el IESS y se distribuye a los 578 dispensarios. Se pueden hacer compras internacionales, pero no se hacen. Los fondos para la compra de anticonceptivos se aprueban dentro del paquete completo del presupuesto para otros medicamentos. Se observó que no se ha incluido en el presupuesto la compra de ciclos orales en el 2006. No se cuenta con un sistema de información, por tanto las estimaciones se hacen a través de un análisis de estadísticas de salud que sirve de base para proponer metas. Luego el presupuesto es aprobado aproximadamente en 50% del monto total solicitado. Sin embargo, no se recortan las partidas para compra de medicamentos; son generalmente otras partidas las que sufren el recorte.

En Noviembre de 2004 el SSC firmó el convenio con Maternidad Gratuita para proveer servicios de PF para el 2006. Dicho convenio permitirá proveer de los siguientes anticonceptivos: condones, Mesigyna (inyectable mensual) y T de Cobre. No se incluyeron los orales en este convenio.

Aún cuando el SSC tiene el potencial de llegar a las poblaciones vulnerables, la cobertura de PF que tiene en el país es muy baja. A menos que se logre ampliar la oferta de métodos e implementar un programa de PF, su papel seguirá siendo tan modesto como hasta ahora.

### **6.3. APROFE**

La Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE) fue fundada en 1965 con el objetivo de introducir la planificación familiar en el país, con la ayuda de donantes internacionales e IPPF. Sus primeros esfuerzos fueron en Información, Educación y Comunicación (IEC) para orientar al país en temas de salud reproductiva. Desde sus inicios, APROFE se orientó a servir a la población socioeconómica más necesitada. Es así como constituyó al programa de distribución comunitaria de anticonceptivos (DCA) en el principal mecanismo de cobertura de métodos de PF, a través de puestos de distribución que estuvieron presentes durante muchos años en pequeñas comunidades. A finales de los años noventa, APROFE inicia un duro proceso de sostenibilidad en el que prioriza los programas más rentables y donde se tuvo que sacrificar el programa de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos (DCA). Ya sin el apoyo de USAID, aún se mantienen servicios de PF a través de sus clínicas, donde se atiende también a clientes de sectores económicos más necesitados, con una política de diferenciación de precios.

Como un fuerte obstáculo para sostener su presencia como proveedor de servicios de PF, APROFE enfrenta el alto costo de los anticonceptivos que adquiere en el país. Ha habido acercamientos con UNFPA para buscar su apoyo como agentes de compra, sin resultados efectivos por los engorrosos trámites de registro sanitario de cada producto en el país. Esto afecta la provisión de anticonceptivos de calidad a precios razonables a poblaciones vulnerables.

Tiene buenas relaciones con el gobierno e incluso ha celebrado algunos convenios para prestar servicios en la isla Puna, donde APROFE llega con una lancha y donde servicios del MSP son escasos.

Los servicios que presta actualmente son: PF, Ginecología, Control Pre-natal, Urología, pediatría, medicina general, cardiología, genética medica, Oftalmología, endocrinología, odontología y laboratorio. Todos ellos son financiados a través del cobro de la consulta. En sus planes de expansión está crear una casa de los jóvenes, donde se aborde agresivamente el embarazo en adolescentes, así como la prevención del VIH/SIDA.

En el aspecto logístico, APROFE está centralizado. La oficina principal de Guayaquil prepara las estimaciones basadas en ventas y se usan para hacer la provisión de fondos institucionales necesarios para una compra nacional; estas compras pueden ser internacionales o locales. Cada clínica maneja un kárdex computarizado donde se puede ver el consumo de anticonceptivos y el saldo disponible, información que se usa para contabilizar las existencias. Se trata de hacer distribuciones trimestrales y por lo general no ha habido problemas de abastecimiento en los últimos años.

Los anticonceptivos que maneja APROFE son: ciclos orales Microgynon y Duofem, condones, Norplant, T de cobre, e inyectables Depo-Provera® y Mesigyna.

Los precios de venta al público varían para ciclos orales de US\$ 3.51 a US\$ 7.50 dólares con excepción del oral Duofem que aún cuenta con un remanente de donaciones y puede entregarlos al público al precio de US\$ 1.95. Los inyectables mensuales los vende a US\$ 4.76 y el inyectable trimestral a US\$ 11.40 (aproximadamente 10 veces más caro que el costo para USAID).

El gran reto para APROFE es bajar los costos de los anticonceptivos para no seguir perdiendo mercado y en esa línea buscar soluciones conjuntas con CEMOPLAF, con quienes mantienen muy buenas relaciones e inclusive con el sector público, para juntos lograr una mejor negociación y una gestión más costo-eficiente.

#### **6.4. CEMOPLAF**

El Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF) es una organización sin fines de lucro, fundada en Quito en 1974, siendo su objetivo principal prestar servicios de PF. Con más de un cuarto de siglo de trabajo en PF, CEMOPLAF ha ampliado sus servicios que incluyen las áreas de Papanicolaou, Cirugía estética y reconstructiva, Traumatología, Medicina Interna, Pediatría, Gastroenterología, Cardiología, Cirugía General, Urología, Dermatología, Terapia del Dolor, Psicología, Otorrinolaringología, Odontología general y Ortodoncia.

Desde su fundación en 1974 hasta 1981, CEMOPLAF contó con cuatro centros de servicios, donde prestaba servicios de PF, ginecología, y cuidado pre y post natal. Con la ayuda económica de USAID y otros donantes internacionales, CEMOPLAF dio un salto cuantitativo y cualitativo en la prestación de servicios de PF, se creó una red de distribución de anticonceptivos a nivel nacional; población indígena (65 promotores), programa de adolescentes (249 promotores), y el de medio ambiente y salud reproductiva (198 promotores). Se expandió el número de clínicas a 24 y finalmente en 1989 se creó el programa de Médicos comunitarios que presta servicios de planificación familiar en zonas rurales a bajo costo.

La crisis económica que abatiera al país a fines de los años noventa coincidió con el inicio del retiro de las donaciones, esto acompañado por la falta de un plan de auto-sostenibilidad económica que preparara a la institución a enfrentar esta realidad, se traduce en una reducción de su impacto nacional en la cobertura de servicios de PF. Por esta razón CEMOPLAF se ve en la necesidad mantener el servicio de PF en las clínicas que se sostienen con la venta de otros servicios de salud, reducir su programa de Médicos Comunitarios y recortar el programa de distribución de anticonceptivos a poblaciones vulnerables. Aún cuando CEMOPLAF mantiene un cierto nivel de subsidio cruzado, el mayor volumen de sus usuarias de PF no está ahora en los quintiles más bajos.

CEMOPLAF ahora está descentralizado. De esta manera cada clínica debe hacer compras directas de sus necesidades y con su propio presupuesto. El nivel central juega ahora un rol de representación, negociación y facilitación a nivel nacional. Si bien CEMOPLAF ha realizado unas pocas compras internacionales de anticonceptivos desde su oficina central, se enfrenta al obstáculo de la liquidez. Debe contar con el dinero de las clínicas por adelantado para hacer efectiva esta compra. Sin embargo, al hacer compras locales como hasta ahora, sus clínicas pagan a tres meses los medicamentos que adquieren y esto es una limitante para realizar compras internacionales.

Los anticonceptivos ofrecidos por CEMOPLAF son ciclos orales, inyectables mensuales, condones, DIU, y Norplant desde los últimos 5 años. A raíz de la descentralización, existe una proliferación de marcas de ciclos orales que las clínicas han estado comprando. En todos los casos el precio al público incluye un incremento del 20% con respecto al costo. Solo el 10% de los gastos operativos son cubiertos con la venta de los anticonceptivos.

Para CEMOPLAF, los trámites de importación y registro sanitario no son un problema; ellos tienen muchos años de experiencia en compras nacionales e internacionales y conocen los procesos necesarios para acelerarlos. De hacerse posible las compras internacionales, CEMOPLAF puede contar con el apoyo de Planned Parenthood quienes ya han sido sus agentes de compra, obteniendo precios muy por debajo del costo nacional, aún pagando el 15% de impuestos de importación.

Por el problema de liquidez no se han podido hacer más compras de anticonceptivos ni en el mercado nacional ni internacional. Por tanto CEMOPLAF tiene una oferta de anticonceptivos errática y enfrenta desabastecimientos cuando se acaban las donaciones eventuales que gestiona de una y otra fuente.

El sistema de información en CEMOPLAF recoge datos de consumo y existencias que permiten preparar estimaciones de necesidades basadas en consumo pasado y demanda no cubierta. Esta cuantificación muestra los fondos que serán necesarios para cubrir la brecha. En la sección de financiamiento se muestran las necesidades financieras de CEMOPLAF, para el período 2004 – 2010.

CEMOPLAF en el último año ha cubierto el 15% de su presupuesto con fondos de donantes y el 85% con fondos propios. Cabe anotar aquí que con esos fondos CEMOPLAF no ha sido capaz de adquirir los insumos suficientes para cubrir su demanda, por tanto el desabastecimiento en CEMOPLAF ha sido una constante en el 2004. CEMOPLAF cuenta para el 2005 con US\$ 50,000 fondos propios y US\$ 70,000 en donación para la compra de anticonceptivos. Para el 2006 CEMOPLAF planea asignar US\$ 200,000 para la compra de anticonceptivos, esto reactivará en parte su programa de Mercadeo Social.

Las relaciones de CEMOPLAF tanto con el Ministerio de Salud Pública como con APROFE son buenas, lo cual es una fortaleza para lograr alianzas estratégicas y soluciones conjuntas para la DAIA y el aumento de la prevalencia.

## 7. FINANCIAMIENTO

La obtención de anticonceptivos y lograr que estos estén disponibles para las personas que los necesiten, requiere de un adecuado financiamiento. El financiamiento, promoción, y la entrega de servicios pueden provenir de diversas fuentes, incluyendo el gobierno, los donantes, los hogares y otras fuentes.

El conocimiento de las principales fuentes de financiamiento para los insumos de salud reproductiva, la proyección de las necesidades y fondos, la identificación de posibles brechas en los fondos requeridos en el futuro y la toma de acciones para asegurar el financiamiento, son todos aspectos importantes para asegurar la DAIA.

### 7.1. Fuentes de financiamiento

Los principales proveedores de anticonceptivos en Ecuador son las farmacias, el MSP y las ONGs APROFE y CEMOPLAF. Hasta el 2001, prácticamente el 100% de los anticonceptivos ofrecidos por estas cuatro instituciones provenían de fuentes de la cooperación internacional, principalmente USAID y UNFPA. A partir del año 2002-2003, se observa la disminución drástica y casi desaparición de las donaciones y un claro esfuerzo por asumir la responsabilidad total de la compra de anticonceptivos y comienzan las negociaciones al interior de las instituciones para lograr asignar los fondos suficientes para la compra de una importante proporción de las necesidades de anticonceptivos.

La tabla 5 resume las donaciones de anticonceptivos hechas por USAID a las ONGs APROFE y CEMOPLAF, durante el período 2000 – 2004.

**TABLA 5**  
**Valor total de las donaciones de USAID, 2000-2004**

<b>Año 2000</b>			
<b>Institución</b>	<b>Producto</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo</b>
Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana	Condomes	1,668,000	\$105,136.64
	T de Cobre 380A	104,600	\$133,559.40
	Duofem	290,400	\$77,787.06
	<b>Total:</b>		<b>\$316,483.10</b>
CEMOPLAF	T de Cobre 380A	150,600	\$197,208.51
	Duofem	250,800	\$69,167.04
	<b>Total:</b>		<b>\$266,375.55</b>
<b>Año 2001</b>			
<b>Institución</b>	<b>Producto</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo</b>
CEMOPLAF	Condomes	4,008,000	\$270,733.71
<b>Año 2002</b>			
<b>Institución</b>	<b>Producto</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo</b>
Asoc Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana	Condomes	2,610,000	\$173,270.36
	T de Cobre 380A	101,200	\$170,601.11
	Duofem	316,800	\$78,721.41
	<b>Total:</b>		<b>\$422,592.88</b>
<b>Año 2003</b>			
<b>Institución</b>	<b>Producto</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo</b>
Asoc Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana	Duofem	411,600	\$101,458.90
CEMOPLAF	Condomes	2,100,000	\$115,777.25
<b>Año 2004</b>			
CEMOPLAF	Duofem	500,400	\$122,678.33

Según la tabla anterior, durante el período mencionado USAID donó el equivalente a US\$ 1,616,100 a las ONGs (US\$ 840,535 a APROFE y US\$ 775,565 a CEMOPLAF), sumas importantes que han contribuido a la sostenibilidad de ambas instituciones.

### **7.1.1. Ministerio de Salud Pública (MSP)**

Cuando cesaron las donaciones de UNFPA el MSP comenzó a adquirir directamente sus productos anticonceptivos por compras locales, con fondos propios canalizados a través de las jefaturas de área, que como se mencionó anteriormente, manejan los fondos de la Maternidad Gratuita.

La Ley de Maternidad Gratuita garantiza fondos suficientes para la adquisición de anticonceptivos para el programa y de hecho, en todas las entrevistas realizadas a personal clave, se mencionó que la disponibilidad de fondos actual garantiza la adquisición del 100% de las necesidades de anticonceptivos estimadas a la fecha.

### **7.1.2. Donantes**

Los principales donantes de anticonceptivos en Ecuador han sido el **UNFPA**, orientado al MSP y **USAID**, orientado a las ONGs APROFE y CEMOPLAF. Sin embargo, a la fecha las donaciones formales han cesado por completo por parte de estos 2 organismos, y a excepción de esporádicas donaciones que gestionan APROFE y CEMOPLAF con otros donantes, tanto el MSP como las ONGs recurren a sus propios fondos para la adquisición de sus anticonceptivos.

### **7.1.3. Hogares**

En Ecuador, los anticonceptivos que adquieren los usuarios a través del MSP son gratuitos, lo cual beneficia al 31% de las usuarias de PF en el país. APROFE y CEMOPLAF cobran por los anticonceptivos entregados en sus clínicas, cubriendo entre ambas al 8% de las usuarias. Si al sector de las ONGs agregamos los médicos y clínicas privadas (20%), significa que el 28% de las usuarias de PF acuden a fuentes privadas para obtener sus métodos y servicios de PF.

Por otro lado, las usuarias que acuden a las farmacias representan al 27% del total del país, lo cual es bastante representativo, si consideramos que en secciones anteriores observamos que muchas de las usuarias ubicadas en quintiles bajos acudían en su mayoría a farmacias, para abastecerse de orales, inyecciones y condones.

En conclusión, se puede decir que el 54% de las usuarias de PF en el Ecuador acuden a fuentes privadas (farmacias, ONGs y clínicas/médicos privados) para obtener sus métodos y servicios de anticoncepción.

## **7.2. Precios de anticonceptivos**

El precio de los anticonceptivos afecta la DAIA porque incide en la cantidad de productos que pueden ser adquiridos. Como parte de nuestra comparación de precios a nivel regional, el equipo de estudio recolectó información sobre los precios de las bases de datos de los donantes y directamente de aquellas organizaciones que compran y venden anticonceptivos. Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

**TABLA 6**  
**Precio Unitario de Anticonceptivos, por fuente (US\$) 2005**

Comprador	Píldoras	Inyectable (3 mes)	Inyectable* (1 mes)	Condomes	DIUs
UNFPA (FOB, flete varia x producto y país del 6 al 18%)	US\$ 0.325	US\$ 0.85	US\$ 0.56	US\$ 0.0277	US\$ 0.31
USAID (FOB)	US\$ 0.2180	US\$ 0.95	-	US\$ 0.0492	US\$ 1.5528
IPPF (FOB)	US\$ 0.325	US\$0.56	US\$	US\$0.028	US\$0.31
Ministerio de Salud (compra local)	US\$ 2.22 - 5.11	NA	US\$ 3.10-3.52	US\$ 0.05-0.06	US\$ 2.89**
ONG clínicas y programas de mercadeo social (los precios incluyen los costos de importación o compra local y pueden incluir el transporte hasta los establecimientos)	US\$ 0.247	US\$8.16	US\$3.64	US\$0.06	US\$1.49

**\*Mesigyna**

**\*\* Precio promedio encontrado en los establecimientos de salud visitados**

Los precios recolectados muestran la gran variación que existe por nivel y tipo de compra. La compra de UNFPA resulta la más favorable en cuanto a precios unitarios. Los precios de USAID son comparables, pero en todos los casos mayores a los obtenidos por UNFPA.

Dada la diversidad de marcas en el mercado comercial, el rango de precios de los hormonales orales e inyectables es sumamente amplio. El sector ofrece al menos 2 marcas de inyectables mensuales, con precio al público entre US\$ 4.42 (Mesigyna) y US\$ 5.30 (Topasel). En cuanto al inyectable trimestral Depo-Provera®, el precio al público es de US\$ 11.44. Asimismo, se pueden encontrar por lo menos 20 marcas de anticonceptivos orales, cuyos precios varían entre US\$ 2.16 (Neogynon) y US\$ 10.74 (Minesse) y diversas marcas de condones que oscilan entre US\$ 0.06 y US\$ 0.08 la unidad. En cuanto a los DIU, se encontró Multiload Cu375 a un precio de US\$ 21.42, de la firma Organon. Los precios en farmacias nos dan una indicación de los altos costos que pagan los usuarios por los métodos anticonceptivos, dado que las farmacias es la principal fuente de obtención de métodos para las usuarias de orales, inyectables y condones.

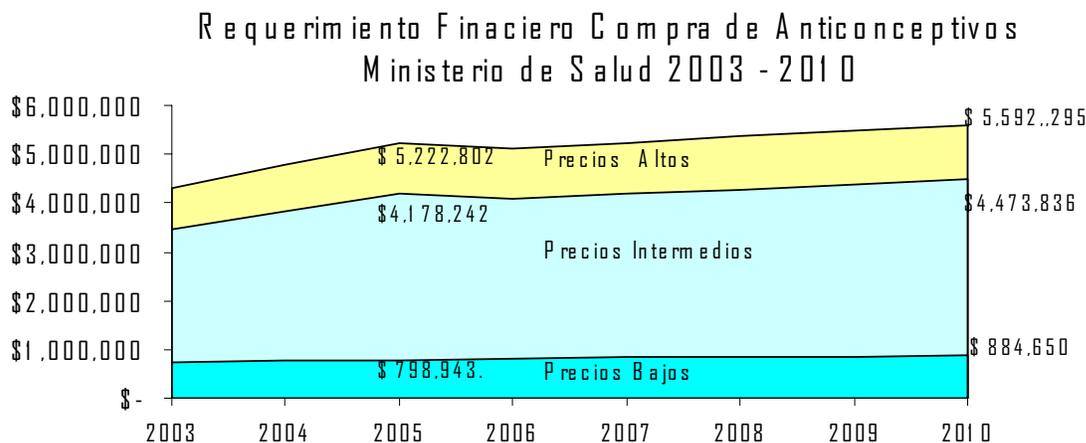
### **7.3. Proyecciones financieras 2004-2010**

Con el propósito de examinar los requerimientos de anticonceptivos para el período 2004 - 2010, el equipo de DELIVER utilizó el modelo SPECTRUM, con los datos preliminares de la ENDEMAIN 2004, a fin de proyectar las necesidades de insumos por tipo de método y fuente. Los insumos fueron costeados a precios BAJOS, INTERMEDIOS y ALTOS, para generar los requerimientos financieros totales para los métodos temporales más usados –píldora, condón, inyectable y DIU. A continuación se muestran los resultados del análisis de precios y los precios utilizados para cada institución.

### 7.3.1. Requerimientos Financieros del MSP

El Sector Público, principalmente el MSP, cubre a un tercio de la población Ecuatoriana, ofreciendo anticonceptivos gratuitos a través de sus establecimientos de salud. Para mantener este nivel de cobertura, la compra de anticonceptivos deberá alcanzar US\$ 5,222,802 en el 2005 y aumentar a US\$ 5,592,295 en el 2010, considerando una compra a **precios altos**.\*:

**GRAFICA 18**



Fuente: Pipeline, estudio de Precios Equipo

\* **Precios altos:** precios obtenidos por el MSP en sus compras descentralizadas. No se asumió incremento en el precio unitario de ninguno de los escenarios, ya que en el análisis se observó que los precios están congelados desde el año 2003. **Precios intermedios:** precios de lista a mayoristas, menos 15% de descuento (estimado) por volumen, si se hicieran compras consolidadas. **Precios bajos:** basados en precios internacionales de UNFPA, más 5% de manejo administrativo y 15% de flete.

El Sector Público ha podido cubrir las necesidades de anticonceptivos de su población, gracias a que la Ley de Maternidad Gratuita cubre el costo de los insumos. Sin embargo, es evidente el ahorro potencial que podría tener el sistema de salud, si el MSP lograra realizar compras en volumen que representarían descuentos importantes (precios intermedios) o considerar la posibilidad de hacer acuerdos con organismos de las Naciones Unidas (UNFPA, UNDP) para beneficiarse de los precios mayoristas internacionales (precios bajos).

**3.1.1 Costos de Anticonceptivos a Precios BAJOS.** Las necesidades presupuestales para el sector público, aumentarían de US\$ 787 mil en el 2005, hasta alcanzar US\$ 884 mil en el 2010, si el MSP pudiera negociar un acuerdo de cooperación con una de las agencias de Naciones Unidas (UNFPA o UNDP). Esto representarían ahorros de casi US\$ 4.7 millones para el año 2010, comparando esta compra con aquella de precios altos, que son los que actualmente paga el MSP.

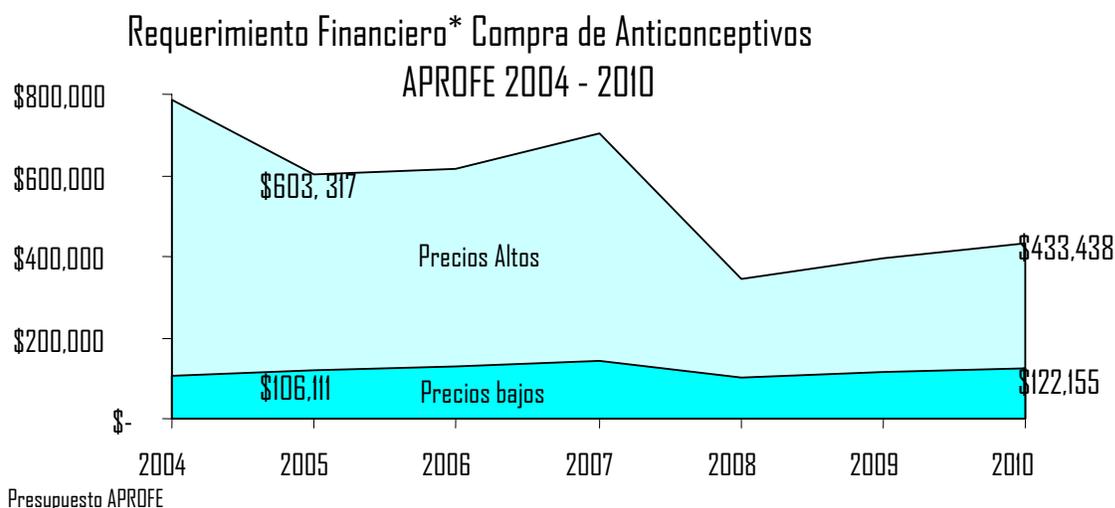
**3.1.2 Costos de Anticonceptivos a Precios INTERMEDIOS:** Los requerimientos para el sector público, aumentarían de US\$ 4.4 millones en el 2005 a US\$ 4.8 millones en el 2010, si las compras de anticonceptivos se efectúan a precios INTERMEDIOS. A pesar de existir un ahorro de aproximadamente \$

840,000 entre precios intermedios y precios altos para el 2010, es considerable el beneficio que tendría el MSP al comprar los anticonceptivos a través de un organismo internacional.

### 7.3.2. Requerimientos Financieros de APROFE

**APROFE** ha jugado un papel muy importante en la provisión de métodos anticonceptivos, llegando a poblaciones rurales y urbano-marginales, a través de programas de distribución comunitaria. Con la reducción gradual de donaciones, la institución ha reducido igualmente su cobertura en el área urbano-marginal y en todas las áreas rurales, lo cual se verá reflejado en la adquisición de anticonceptivos en el futuro.

**Gráfica 19**



Fuente: tabulaciones y análisis de precios equipo DELIVER

\* Para el requerimiento financiero, se han tomado como referencia los siguientes niveles de precios:  
**Precios altos:** es el precio que actualmente está pagando a distribuidores locales. Los requerimientos disminuyen a partir del 2007, debido a que terminan las existencias de los productos donados y por ende, APROFE planea disminuir su oferta (cantidades). En cuanto a los orales, una vez finalicen las existencias de DUOFEM, se calcula que un 20% de esas usuarias se pasarían a otras marcas de orales y el resto se irían a otras fuentes (MSP, otro). **Precios bajos:** son los utilizados por IPPF.

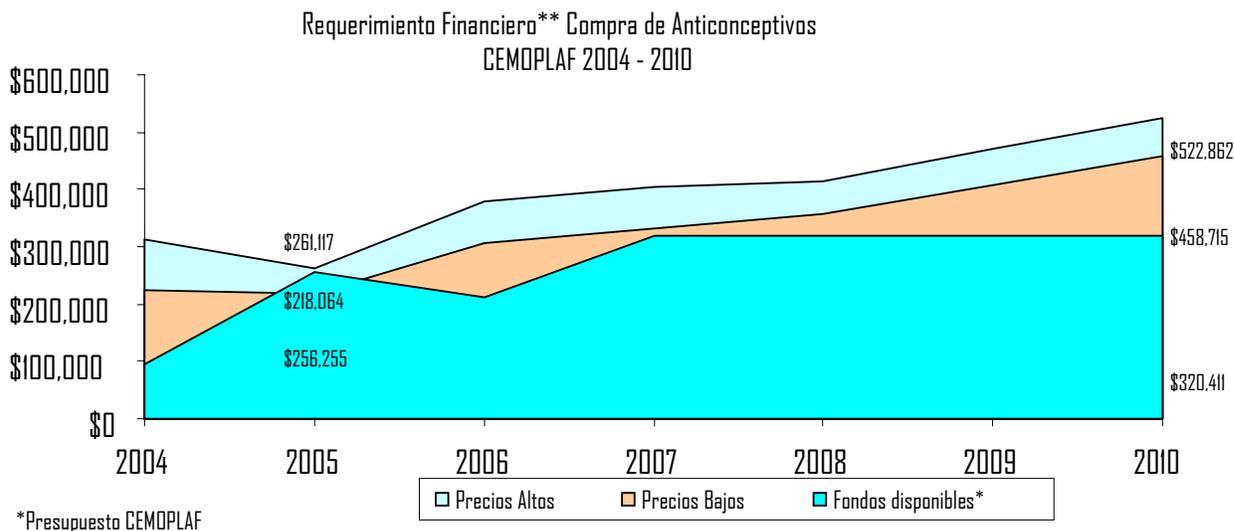
Tal como lo muestra la gráfica 19, si en el año 2005 APROFE hubiera adquirido sus anticonceptivos a través de IPPF, le hubiera representado un ahorro de US\$ 480 mil con respecto a los precios pagados localmente. Asimismo, si APROFE continuara adquiriendo sus anticonceptivos a través de IPPF en el futuro, el ahorro estimado estaría alrededor de US\$ 350 mil anuales, durante el período 2006-2010. Vale la pena mencionar que la institución planea continuar con la provisión de anticonceptivos principalmente a través de sus clínicas y que el programa de distribución comunitaria se vería afectado debido a los altos costos de distribución que conlleva. A los precios de IPPF, la institución piensa que podrá seguir

adquiriendo los anticonceptivos necesarios para cubrir la demanda por métodos anticonceptivos, generada a través de sus clínicas.

### 7.3.3. Requerimientos Financieros de CEMOPLAF

Durante años, CEMOPLAF ha contado con un programa de mercadeo social importante, que le ha permitido posicionar los productos anticonceptivos en las farmacias, a precios accesibles para aquel segmento de la población que puede pagar. Con la disminución de las donaciones y los altos costos de los productos a nivel local, la disponibilidad de fondos para adquirir anticonceptivos se ha visto limitada, de tal manera que la brecha entre los fondos disponibles (generados por la institución y que se pueden destinar para la compra de anticonceptivos) y las necesidades de anticonceptivos se amplia, sobre todo cuando las posibilidades de obtener precios bajos es remota.

Gráfica 20



\*\* Para el requerimiento financiero, se han tomado como referencia los siguientes niveles de precios: **Precios altos:** se refiere al precio de referencia que están pagando actualmente a nivel local, y que es menor al que APROFE está pagando como precio alto. **Precios bajos:** es el precio de referencia de IPPF al año 2004. En el 2005, no hay una brecha significativa entre los fondos disponibles y los precios altos de adquirir los productos, ya que CEMOPLAF va a comprar a finales del 2005 para prácticamente cubrir parte de las necesidades del 2006.

La gráfica 20 muestra la necesidad de CEMOPLAF de acceder a compras de anticonceptivos a precios bajos, ya que los fondos disponibles con los que estima contar serían insuficientes si continuara haciendo sus compras a los precios actuales (altos). Incluso logrando la obtención de precios bajos, CEMOPLAF tendría que aumentar sus fondos disponibles en 43% para lograr cubrir sus necesidades en el año 2010.

### 7.3.4. IESS y el SSC

Debido al discreto papel que han jugado el IESS y el SSC en la provisión de métodos anticonceptivos, es importante analizar cuál será el papel que jugará la seguridad social en la oferta de métodos y servicios a su población beneficiaria.

**Tabla 7**

## Gastos en Salud y Cobertura de Usuarias de PF

<b>Proveedores</b>	<b>Gastos en Salud (%) - 1995</b>	<b>Usuarias de PF (%) - 2004</b>
Ministerio de Salud	22.4	30.7
IESS/SSC	20.9	3.4
Junta de Beneficencia	3.9	6.9
FFAA/Policía	0.5	0.8
Patronato San José	0.2	0.7

Fuente: Cuentas Nacionales 1995, ENDEMAIN-04

En la tabla 7 podemos observar que según datos de 1995, el IESS recibe una proporción importante del presupuesto nacional para gastos en salud (20.9%). Sin embargo, solamente cubre el 3.4% de las usuarias de planificación familiar, mientras que el MSP cubre al 30.7% de las usuarias, con el 22.4% del presupuesto. El incremento en la provisión de servicios de PF por parte de la seguridad social traería beneficios significativos para la población vulnerable (grupos étnicos y rurales), ya que al asumir una mayor cobertura a sus afiliados, liberaría fondos que ahora destina el MSP para cubrir beneficiarios del IESS y el MSP podría focalizar recursos a los grupos vulnerables mencionados, que es donde mayor demanda insatisfecha existe.

Asimismo, se hace necesario cuantificar la demanda potencial que tendría el IESS y el SSC, ya que la actual oferta y demanda de servicios no refleja las necesidades futuras de anticonceptivos.

## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 8.1. Ministerio de Salud

1. Elaborar una estrategia de DAIA que incluya objetivos y metas específicas, donde se defina el papel de cada uno de los actores que prestan servicios de PF en el país. Esto permitirá al MSP adoptar un papel de liderazgo en la rectoría e implementación de las estrategias requeridas para mejorar la DAIA.
2. Analizar la segmentación actual del mercado de anticonceptivos y proponer mecanismos de focalización de recursos.
  - Se observa que en los últimos años se está cerrando la brecha entre zona rural y urbana en cuanto a indicadores de prevalencia, mortalidad materna, y TGF. Sin embargo, aún necesita ponerse énfasis en los grupos indígenas donde sí se ve una brecha significativa y donde la necesidad insatisfecha es mayor. Dentro de este contexto, la definición del papel que debe jugar cada institución y la población objetivo a cubrir son fundamentales para optimizar los recursos disponibles.
3. Coordinar con el IESS y el SSC para lograr una mayor oferta de servicios de PF por parte de la seguridad social.
  - El MSP ha incrementado en la última década la cobertura en PF, mientras que el IESS y el SSC ha disminuído. Se observa que quintiles de clase media que cuentan con seguridad social acceden a otras fuentes para obtener sus métodos anticonceptivos, debido a la limitada o inexistente oferta de métodos dentro del régimen de seguridad social y/o seguros privados. Se hacen necesarios programas más agresivos por parte del IESS y el SSC para brindar cobertura a su población beneficiaria.
4. Reforzar el cumplimiento de la asignación del 10% para situaciones de pobreza y dificultad de acceso, según Art. 16 del Reglamento a la LMG. Estas asignaciones pueden contribuir a desarrollar programas que sean ejecutados por el SSC u ONGs, para llegar a poblaciones vulnerables a las que ahora no está llegando el MSP.
5. Mejorar el acceso a la información, conocimiento y uso de los métodos modernos actualmente disponibles en el país. Buscar alianzas con ONGs que refuercen los mensajes de IE&C y contribuyan a mejorar el acceso a los métodos directamente o mediante referencias a los establecimientos del MSP.
6. Incorporar al CONASA en el comité de DAIA. Dada su composición y su capacidad para influir sobre las decisiones a los más altos niveles del gobierno y de la comunidad internacional de donantes, el CONASA se constituye en un pilar importante en la abogacía para la DAIA en Ecuador.
7. Incorporar todos los anticonceptivos en el cuadro básico de medicamentos. El Comité de DAIA debe aprovechar el momento político favorable para lograr que el CONASA incluya todos los anticonceptivos en el Cuadro Básico de Medicamentos.

8. Optimizar los recursos del MSP a través del análisis de otros mecanismos de compra. Si bien la Ley de Maternidad Gratuita cuenta con suficientes recursos financieros, es necesario optimizar esos recursos a través de compras de negociación centralizada o internacional. Para ello se puede evaluar la posibilidad de hacerlas a través de agentes de compra como UNFPA o PNUD.
9. Analizar la posibilidad de realizar compras conjuntas entre todas las instituciones del país, incluyendo IESS, SSC, APROFE y CEMOPLAF, negociando en bloque con distribuidores locales.
10. Estimar la inversión necesaria para cubrir la demanda actual del programa, así como la demanda a generar si se amplía la cobertura a los grupos vulnerables. De esta manera, se podrá contar con una estimación de los recursos financieros necesarios.
11. Sistematizar la logística. Aún en un entorno de descentralización, el MSP debe establecer parámetros estandarizados que permitan recolectar información esencial para toma de decisiones, establecer una metodología para la estimación de necesidades y un sistema para calcular adecuadamente el re-abastecimiento.

## **8.2. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social**

1. Coordinar con el CONASA la inclusión todos los anticonceptivos en el cuadro básico de medicamentos e incorporarse al Comité DAIA.
2. Estimar las necesidades basadas en el número de MUEF que están afiliadas. Una vez transcurrido el primer año de adquisiciones con esta metodología, el siguiente año las estimaciones y las adquisiciones deberán basarse en datos de consumo real.
3. Implementar un programa de Planificación Familiar.
  - Para reactivar este servicio a los asegurados y aseguradas, el IESS puede explorar alianzas con ONGs que presten servicios de Informaci[on Educaci[on y Comunicaci[on y provisi[on de los anticonceptivos que el IESS no podrá comprar hasta que no se incluyan en el cuadro básico de medicamentos.
4. Implementar un sistema de control de inventarios que provea a los responsables del sistema de instrucciones claras para el adecuado manejo de sus existencias.

## **8.3. Seguro Social Campesino**

1. Mientras no se incluyan los anticonceptivos en el cuadro básico, el SSC debe poner en práctica el convenio que está en proceso de firmar con la Ley de Maternidad Gratuita (LGM) para poder comprar y ofrecer todos los anticonceptivos en sus dispensarios.
2. Incluir el costo de ciclos orales en el presupuesto del 2006 o incluir también anticonceptivos orales en el convenio con la LMG.

3. Introducir un programa de planificación familiar que incluya IE&C, consejería y entrega de servicios a poblaciones vulnerables (indígenas, rurales y más pobres).
4. Basar la estimación de necesidades para el 2006 sobre el número de MUEF beneficiaria del seguro (afiliadas y esposas de afiliados).
5. Implementar un sistema logístico estandarizado: formularios que recolecten datos de consumo, existencias y ajustes y un sistema de control de inventarios máximos y mínimos,

#### **8.4. APROFE y CEMOPLAF**

1. Considerar una compra conjunta a nivel nacional para beneficiarse con la economía de escala. Si esta compra se hace en el exterior, permitiría inclusive bajar mucho más el precio de venta al público.
2. Evaluar la posibilidad de acceder a la Ley de Maternidad Gratuita.
  - APROFE y CEMOPLAF podrían recibir la contraprestación de US\$ 4.00 por todas las consultas de PF a nuevas usuarias que no haya estado atendiendo antes, de esta manera con los fondos de Maternidad Gratuita se aseguraría una mayor cobertura y probablemente recuperación de cierta población de bajos ingresos.
3. Aprovechar las buenas relaciones con el sector público para explorar alianzas mediante las cuales tanto APROFE como CEMOPLAF pueden brindar los servicios en los que tiene experiencia en zonas en las que el Ministerio de Salud no llega. Del mismo modo con el IESS pueden constituirse en centros de referencia en PF para los productos que por ahora el IESS no puede ofrecer, al mismo tiempo existen oportunidades de brindar servicios de IE&C a los afiliados y capacitar en consejería al personal del IESS.

## ANEXO

### ASISTENTES A LA REUNION DE LA PRESENTACION DEL ESTUDIO SOBRE DAIA – ECUADOR 14 de Julio, 2005 Quito – Oficinas de USAID

Nombre	Organización	Cargo	Correo electrónico
1. Raymond Waldron	USAID		<a href="mailto:rwaldron@usaid.gov">rwaldron@usaid.gov</a>
2. Ken Farr	USAID		<a href="mailto:kfarr@usaid.gov">kfarr@usaid.gov</a>
3. Nelson Oviedo	CEPAR	Coordinador	<a href="mailto:noviedo@cepar.org.ec">noviedo@cepar.org.ec</a>
4. Dalia Jaramillo	Ministerio de Salud		<a href="mailto:caatsmsp@hotmail.com">caatsmsp@hotmail.com</a>
5. Teresa de Vargas	CEMOPLAF	Directora Ejecutiva	<a href="mailto:cemoplaf@uio.satnet.net">cemoplaf@uio.satnet.net</a>
6. Edison Granda	CEMOPLAF	Director Financiero	<a href="mailto:Emarcelo.granda@cemoplaf.org">Emarcelo.granda@cemoplaf.org</a>
7. Nicolás Jara O.	Ministerio de Salud	Vice-Ministro	<a href="mailto:flajara@uio.satnet.net">flajara@uio.satnet.net</a>
8. Washington Estrella P.	Ministerio de Salud	Director de Normatización	<a href="mailto:Westrella@msp.gov.ec">Westrella@msp.gov.ec</a>
9. Paolo Marangoni	APROFE	Director Ejecutivo	<a href="mailto:pmarango@aprofe.org.ec">pmarango@aprofe.org.ec</a>
10. Aida Lafebre	APROFE		<a href="mailto:Al.aprofe@accesinter.net">Al.aprofe@accesinter.net</a>
11. Gerardo Zambrano	Ministerio de Salud	DPS Tungurahua	<a href="mailto:gerardocardio@yahoo.com">gerardocardio@yahoo.com</a>
12. Javier Carrillo	Ministerio de Salud	DPS G Director	<a href="mailto:javiercarrillo@hotmail.com">javiercarrillo@hotmail.com</a> <a href="mailto:javiercarrillo@porta.net">javiercarrillo@porta.net</a>
13. Luis Morales	Ministerio de Salud	Maternidad Grat. Coordinador técnico	<a href="mailto:maternidadgratuita@yahoo.com.my">maternidadgratuita@yahoo.com.my</a>
14. Susana Moscoso	Ministerio de Salud	DPS Cotopaxi	
15. Soledad Puente	CONAMU	Coordinadora	
16. Mark Merineus	UNFPA	Asistente Financiero	<a href="mailto:Mark.merineus@undp.org">Mark.merineus@undp.org</a>
17. Iván L	UNFPA	Consultor	
18. Carlos Alvarez	Ministerio de Salud	Area No. 14 Yaruqui	<a href="mailto:hvaruqui@andinanet.net">hvaruqui@andinanet.net</a>
19. Jacobo Moreta Paredes	Ministerio de Salud		<a href="mailto:janmopa@yahoo.com">janmopa@yahoo.com</a>
20. Sonya Cañizares	Ministerio de Salud	Delegada DPS Pichincha	
21. Guillermo Velasco	Ministerio de Salud	Area de Salud No. 8	
22. Mery Tabango Molina	IESS Seguro Social Campesino	Enfermera Nacional SSC	Tel 250-1941
23. Dante Orellana	IESS Dispensario Central Quito		<a href="mailto:cides@andinanet.net">cides@andinanet.net</a> Tel. 295-7121
24. Maria Elena Rojas	Programa VIH/SIDA	Epidemióloga	<a href="mailto:Maryhelen_rojas@yahoo.es">Maryhelen_rojas@yahoo.es</a>

## BIBLIOGRAFIA

Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, 9 Sep. 1994 y reformas posteriores, Presidencia de la República.

Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) 1994.

ENDEMAIN 1999.

ENDEMAIN 2004; Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, CEPAR.- 2005; Centros para el Control de Enfermedades, Atlanta (CDC); Proyecto MEASURE, Universidad de Carolina del Norte.

Revista Farma Precios

*Ecuador's Current and Future Contraceptive Needs: An Analysis Based on the ENDEMAIN 2004 – Draft June 2005*; Susanna Binzen, Johnson, Timothy; Division of Reproductive Health/CDC with funding by the USAID

Low Cost High Quality Family Planning and Reproductive Health Services: Case Studies; Bay Area International Group, Berkeley, CA. 2002 - Prata, N., Greig, F

The Unmet Need for Family Planning. Scientific American (January 2002) Malcom Potts,

USAID/ECUADOR Strategic Objective N<sup>o</sup>. 2 –Family Planning and Health, Close-Out Report, USAID 2002.

The USAID Population Program Ecuador –A Graduation Report. Executive Summary POPTECH 2001, Coury and Lafebre

Factores Influencing the Growth of the Commercial Sector in Family Planning Service Provision. World Bank Working Paper Series N<sup>o</sup> 6, February 2000; Winfrey, Heaton, Fox, Adamchak

Poverty Alleviation Through Geographic Targeting: How Much Does Disaggregation Help? World Bank Working Paper 3419, October 2004 - Elbers, Fujii, Lanjouw, Osler, and Yin

[www.opsecu.org](http://www.opsecu.org): Página de la Organización Panamericana de la Salud –Representación en Ecuador



Para obtener más información, por favor visite <http://www.deliver.jsi.com>.

**DELIVER**

**John Snow, Inc.**

1616 North Ft. Myer Drive, 11<sup>th</sup> Floor

Arlington, VA 22209 USA

Tel: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

[www.deliver.jsi.com](http://www.deliver.jsi.com)