



USAID | **REPÚBLICA DOMINICANA**
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

DIAGNÓSTICO SOBRE LA DISPONIBILIDAD ASEGURADA DE INSUMOS ANTICONCEPTIVOS (DAIA)



MARZO 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.

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.

Cita sugerida

Agudelo, Juan, Erin Hasselberg, Ramón Orlando Jiménez, Eleodoro Pérez Sierra, Viriato Acosta. Marzo 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, 11th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Phone: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480
Email: deliver_project@jsi.com
Internet: deliver.jsi.com

Tabla de Contenido

SIGLAS	4
I. INTRODUCCIÓN	6
II. DIAGNÓSTICOS DE PAÍS	9
III. METODOLOGÍA	10
IV. ANTECEDENTES	12
<i>ENTORNO POLÍTICO Y ECONÓMICO</i>	12
<i>INDICADORES Y REFORMAS RECIENTES EN SALUD</i>	14
<i>SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS</i>	18
<i>ACTORES CLAVE EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR</i>	19
<i>Asociación Dominicana de Planificación Familiar (ADOPLAFAM)</i>	19
<i>ASOCIACIÓN DOMINICANA PRO-BIENESTAR DE LA FAMILIA (PROFAMILIA)</i>	20
<i>Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS)</i>	23
<i>CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN Y FAMILIA (CONAPOFA)</i>	24
<i>FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)</i>	25
<i>FUERZAS ARMADAS (F.F. A.A.)</i>	26
<i>AGENCIA DE COOPERACIÓN TÉCNICA ALEMANA (GTZ)</i>	26
<i>INSTITUTO DOMINICANO DE SEGUROS SOCIALES (IDSS)</i>	26
<i>MUDE, INC.</i>	27
<i>AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (USAID)</i>	27
<i>CONECTA -PROYECTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DE USAID</i>	27
<i>REDSALUD -PROYECTO DE ASISTENCIA TÉCNICA DE USAID</i>	28
<i>SEGURO NACIONAL DE SALUD (SENASA)</i>	29
<i>SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (SESPAS)</i>	30
V. HALLAZGOS DEL DIAGNOSTICO	32
<i>SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN LOGÍSTICA DE SESPAS</i>	32
<i>Adquisiciones de métodos anticonceptivos por el Estado</i>	32
<i>Sistema de información y distribución</i>	34
<i>Capacidad técnica y niveles de capacitación del personal</i>	37
<i>Sistema de registro y formularios</i>	38
<i>Control de inventarios</i>	41
<i>Datos utilizados para calcular cantidad de anticonceptivos a reabastecer</i>	42
<i>Cantidades solicitadas comparadas con las cantidades recibidas</i>	43
<i>Limitaciones en el transporte de los anticonceptivos</i>	45
<i>Monitoreo y supervisión logística de anticonceptivos</i>	46
<i>Niveles de desabastecimiento en los últimos 6 meses</i>	50
VI. RESUMEN DE HALLAZGOS, RECOMENDACIONES	53
ANEXOS	56

Siglas

ADOPLAFAM	Asociación Dominicana de Planificación Familiar
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CERSS	Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo – Cairo
CONAPOFA	Consejo Nacional de Población y Familia
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/ENDESA	Demographic and Health Survey (Encuesta de Demografía y Salud)
DPS	Direcciones provinciales de salud
FF.AA	Fuerzas Armadas de República Dominicana
GTZ	Agencia de Cooperación de Alemania
IDSS	Instituto Dominicano de Seguros Sociales
IEC	Información, Educación y Comunicación
IPPF	International Planned Parenthood Federation
JSI	John Snow, Inc.
LAC	Latinoamérica y El Caribe
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
PIB	producto interno bruto
Phaseout	proceso gradual de disminución en las donaciones de insumos
PipeLine	Software diseñado por JSI/DELIVER para la planeación de adquisiciones
PF	Planificación familiar
PROFAMILIA	Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia
PROMESE-CAL	Programa de Medicamentos Esenciales
SEM	Secretaría de Estado de la Mujer
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
SPARHCS	Strategic Pathway to Reproductive Health Commodity Security
SR	Salud Reproductiva
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

La elaboración de este diagnóstico no habría sido posible sin el apoyo y el ánimo de muchas personas. Para todos aquellos que han invertido tiempo proporcionándonos datos y, en algunos casos, ajustando sus actividades cotidianas para atendernos en diferentes reuniones, queremos expresarles nuestro más sincero agradecimiento.

Queremos agradecer a todos los miembros del Comité de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), por su gran disposición para compartir su tiempo e información indispensable para la elaboración de este informe, entre ellos a la Licda. Melisa Schuette de USAID/República Dominicana, Dra. Sonia Brito y Lic. Miguel Torres de USAID/CONECTA, Licdo. Luis Pérez Bidó de ADOPLAFAM, Dra. Borianna Maleeva de GTZ, Licdo. Juan Miguel Houllémonte y Licda. Ynolis Sardá de PROFAMILIA, Dr. Patricio Murgueitio y Dr. Luis Morales de REDSALUD, Licda. Marcela Disla de SENASA, Dra. Luz Mercedes y Licda. María Elena Attias de UNFPA, por su orientación al comienzo del estudio y su retroalimentación al culminarlo. También a las personas de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), y al Dr. Héctor Eusebio Polanco, Director de la Dirección General de Materno Infantil y Adolescentes -DIGEMIA.

Igualmente queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento al personal de campo que nos ayudó a hacer el levantamiento de la información en las distintas regiones, incluyendo a Rita González, Esmeralda del Rosario Sales, Gladis Ramos, Flor María de los Santos, Santa Aybar, Carmen Luciano, Carmen Núñez, Rosa Elba Rosario, Rafael Flores, Dominica Cuevas, Leonsia de Jesús Feliz, Jennifer Peguero, Elsa Valdez, Rosa Rodríguez, Danilo Ogando, Dominga Marte, Cristina Vargas, Heldy Vásquez y Benjamín Rosario.

Y muy especialmente agradecemos la valiosa colaboración de las agencias de cooperación internacional USAID, JSI/DELIVER/CONECTA y UNFPA y el apoyo técnico de Juan Agudelo y Erin Hasselberg de JSI/DELIVER responsables junto con el equipo técnico del CONAPOFA de la realización de este importante estudio.

I. INTRODUCCIÓN

"La Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) se logra cuando los individuos tienen la capacidad para escoger, obtener, y usar anticonceptivos y condones cuando sea que ellos lo necesiten."

El diagnóstico de DAIA en República Dominicana ha sido realizado por iniciativa del Consejo Nacional de Población y Familia y del comité de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos, con el apoyo técnico de USAID, como parte del estudio sobre la viabilidad de la DAIA en Latinoamérica y el Caribe (LAC). La necesidad de conformar un comité DAIA en República Dominicana fué identificada, al igual que en otros países de América Latina, a raíz del primer foro regional sobre DAIA realizado en el mes de Julio de 2003 en Managua, Nicaragua y República Dominicana consolidó la necesidad de crear dicho comité durante el segundo foro realizado en Octubre de 2004 en Lima, Perú, con el fin de garantizar la disponibilidad de insumos anticonceptivos para la población, ante el entorno cambiante y la reducción de donaciones por parte de varias agencias de cooperación externa. El comité DAIA en República Dominicana está conformado por diversas instituciones tanto del sector público como del sector privado y de ONGs.

La labor del comité ha sido de gran importancia en el país, a pesar del poco tiempo que ha transcurrido desde que fué instaurado oficialmente (Abril 2005), promoviendo la importancia del tema de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, así como con labores de abogacía para crear un marco político adecuado y para asegurar la financiación necesaria para mantener la disponibilidad adecuada de los insumos.

Representantes del Comité DAIA

- CONAPOFA
- DIGEMIA
- Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA
- ADOPLAFAM
- CERSS
- USAID
- UNFPA
- CONECTA/USAID
- Fuerzas Armadas- F.F.A.A.
- IDSS
- PROMESE/CAL
- Secretaría de Estado de la Mujer- SEM
- SENASA
- Asociación Farmacéutica Dominicana- AFD
- Asociación de Enfermeras Graduadas

En las siguientes secciones se describe el estudio regional y los objetivos y metodología para el diagnóstico de República Dominicana.

Estudio Regional de USAID sobre DAIA

USAID, UNFPA, IPPF, DFID, GTZ y otras agencias de cooperación externa, han apoyado los programas de planificación familiar en la región de LAC por más de tres décadas, contribuyendo a unos incrementos significativos en la prevalencia de anticonceptivos, la demanda de los consumidores y el compromiso de los gobiernos. El apoyo de los donantes está disminuyendo y las donaciones de anticonceptivos ya han sido o serán finalizadas en la mayoría de los países de la región en el mediano plazo. Al mismo tiempo, la demanda de anticonceptivos continúa creciendo en la medida en que la población predominantemente joven de la región está pasando por su etapa reproductiva.

Es bajo este panorama que la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de USAID (LAC/RSD-PHN) inició un estudio regional (2003) que permita tomar decisiones acerca de las futuras actividades para la DAIA a nivel de los distintos países de la región. El estudio de factibilidad ha sido diseñado para responder los siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son los aspectos prioritarios de DAIA comunes a los distintos países asistidos por USAID en la región de LAC?
- ¿Cuáles son las acciones más prometedoras dentro de la región para cumplir tales aspectos?
- ¿Cómo se podría estructurar la asistencia regional futura para maximizar los beneficios?
- ¿Cuáles son los asuntos a nivel nacional que se deben tratar dentro del país y cuales no son apropiados dentro de una "regionalización"?

Las actividades de estudio fueron iniciadas en Julio de 2003, con una conferencia Regional de DAIA en Managua, Nicaragua. Durante esta conferencia se incrementó la conciencia acerca de la DAIA y se estimuló un análisis preliminar de la situación dentro de los países de la región. Equipos multisectoriales de nueve países de Latinoamérica y el Caribe, asistieron a la conferencia.

Durante la fase actual del estudio, DELIVER ha trabajado con comités de DAIA que se han formado después del taller de Managua para llevar

a cabo análisis más profundos de la situación. Un número limitado de estudios cruzados entre los diferentes países han sido planeados para tratar asuntos comunes a diversos países.

II. Diagnósticos de País

Objetivo

El diagnóstico realizado en República Dominicana tiene objetivos tanto regionales como específicos del país. A nivel nacional el estudio fue diseñado para cumplir los siguientes objetivos:

- Identificar obstáculos para la DAIA tanto en el sector gubernamental como en el no gubernamental;
- Incrementar la conciencia entre los tomadores de decisiones acerca de la necesidad de tomar acciones coordinadas para superar los obstáculos para la DAIA;
- Sugerir acciones para que el gobierno pueda asumir su responsabilidad en cuanto a la adquisición de anticonceptivos y simultáneamente incrementar los logros en salud reproductiva.

Los diagnósticos DAIA incluyen varios temas tales como políticas, segmentación de mercado, demanda y uso de métodos, logística y finanzas. Es importante anotar que debido a limitación de recursos financieros y humanos, el presente diagnóstico solo incluye el componente logístico, aunque al principio se da una descripción del entorno para ubicar al lector sobre cuál es la situación actual de la DAIA en el país, así como una breve descripción de algunos de los principales actores clave relacionados con la DAIA y el papel que juegan en el logro de ésta. La inclusión de los otros componentes de la DAIA, es decir las políticas, segmentación de mercado, demanda y uso de métodos y finanzas, podrá ser incluida en próximos estudios.

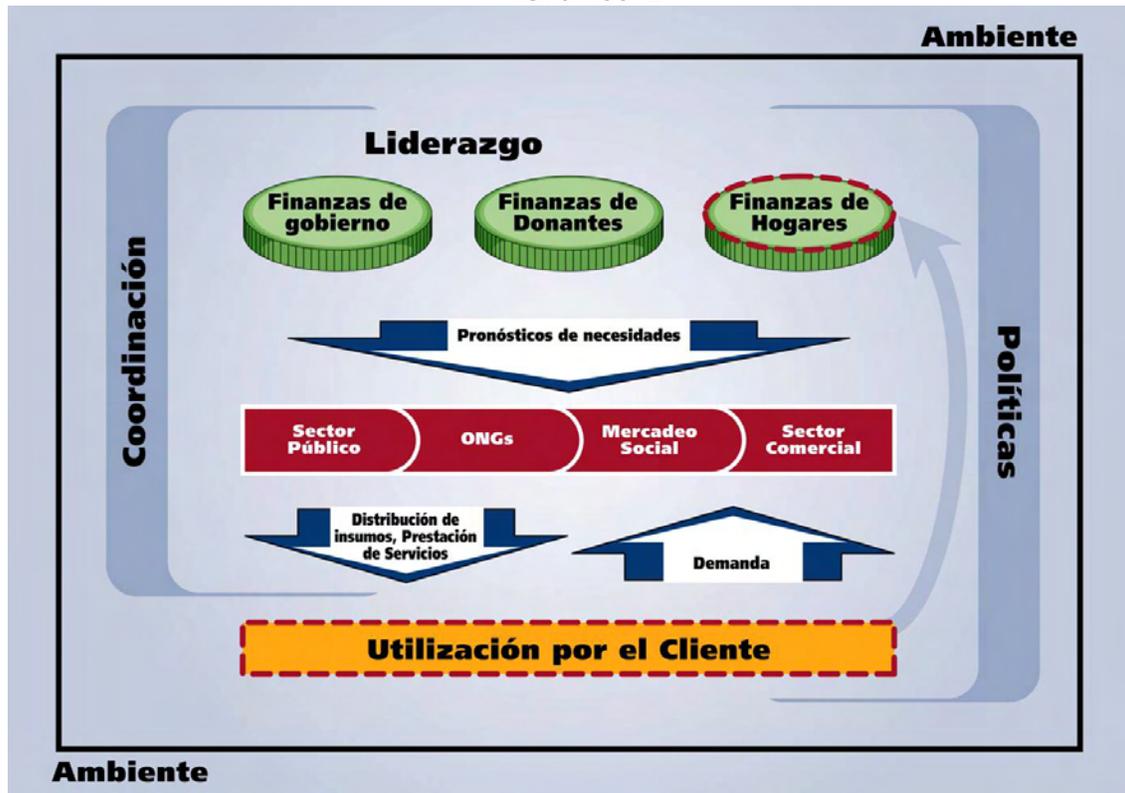
Este estudio también es un diagnóstico de la situación de los programas de planificación familiar en República Dominicana.

Regionalmente, la información que dicho estudio brinde sobre las variables clave para la DAIA, permitirán una comparación e identificación de fortalezas y debilidades comunes para los países. Con esta comparación regional, DELIVER podrá trabajar con USAID para proponer estrategias futuras de asistencia para países a nivel regional y sub-regional.

III. Metodología

DELIVER ha utilizado una versión adaptada del marco desarrollado por SPARHCS para conducir el estudio regional.

Gráfico 1



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.

El diagnóstico fue llevado a cabo en República Dominicana durante un período de tres semanas comprendidas entre Febrero- Marzo de 2005. Dentro de las actividades específicas se incluyeron:

Consultas con el Comité de DAIA

Al comienzo del estudio, se hizo una reunión con los miembros del comité para tener una visión global de la situación de la disponibilidad de insumos anticonceptivos en el país; además sugirieron otros actores clave a ser entrevistados y ayudaron a concretar dichas entrevistas.

Entrevistas con actores clave

El estudio comprendió entrevistas en Santo Domingo con diversos actores clave, incluyendo representantes del sector público, ONGs, y del sector comercial privado, así como entrevistas con agencias de cooperación internacional, aseguradoras y prestadores de servicio. No obstante se debe anotar que durante el período del diagnóstico, no fue posible entrevistarse con todos los actores clave relacionados con la planificación familiar, por lo tanto aquí no se hace una descripción detallada de cada uno, pero si se hace una descripción general de cómo está funcionando el sistema de salud en el país.

Visitas de campo

Se visitaron ocho regiones de salud, a través de equipos compuestos por dos personas para cada región, quienes fueron previamente capacitados para la recolección de los datos de interés. Durante las visitas, se recolectaron datos logísticos de los servicios públicos de salud, incluyendo regiones y áreas de salud, así como hospitales, clínicas y centros y puestos de salud. Igualmente se hicieron supervisiones para revisar la consistencia de la información en regiones seleccionadas.

Finalmente para la realización de este diagnóstico se determinó un diseño muestral del estudio, la descripción de la muestra y el tamaño de la misma se describe en la sección de ANEXOS.

IV. ANTECEDENTES

Entorno político y económico

Gráfico 2. Mapa político - provincias de la República Dominicana



9 REGIONES DE SALUD

8 AREAS DE SALUD (En el Distrito Nacional)

La Secretaría de Salud funciona en el ámbito de 9 Regiones de Salud, las cuales a su vez comprenden diversas Provincias (división política del país). Dichas regiones de salud son las siguientes:

Región 0: Distrito Nacional (Provincias de Santo Domingo y Monte Plata)

Región I: Peravia, San Cristóbal, San José de Ocoa, Azua

Región II: Norcentral (Provincias: Santiago, Espaillat y Puerto Plata)

Región III: Nordeste (Provincias: Duarte, Salcedo, María Tdad. Sánchez y Samaná)

Región IV: Enriquillo (Provincias: Bahoruco, Barahona, Independencia y Pedernales)

Región V: Este: (Provincias: San Pedro de Macorís, La Romana, La Altagracia, El Seibo, Hato Mayor)

Región VI: San Juan, Elías Piña

Región VII: Noroeste (Provincias: Valverde, Monte Cristi, Santiago Rodríguez y Dajabón)

Región VIII: Cibao Central (Provincias: La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez)

En el Distrito Nacional (Capital del país) y en la Provincia de Santo Domingo, por su elevada densidad poblacional, el sistema de salud, está constituido por 8 Áreas de Salud.

La República Dominicana a lo largo de la década de los noventa había experimentado una tendencia positiva en su crecimiento económico, con un promedio anual de 5.6%. Sin embargo, a partir del 2002 la estabilidad macroeconómica se vio sacudida. Esto se evidencia en la sostenida elevación de la inflación, de la tasa de interés bancario y la devaluación frente al dólar. Del 2002 al 2004, el promedio anual de crecimiento del PIB real se vió disminuido, arrojando una caída dramática a un -0.4% en el 2003, (Banco Central, Junio 2004).

Esta realidad ha afectado significativamente a los hospitales públicos de salud. Dichos establecimientos han incrementado sus deudas y desabastecimiento en medicamentos y suministros, por los atrasos en las asignaciones financieras mensuales que reciben de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social -SESPAS-, como consecuencia de la crisis presupuestaria que atraviesa la institución.

En ese sentido, cuando los directores y profesionales de salud de los hospitales seleccionados para este Estudio fueron abordados sobre el tema, coincidieron en que la gestión de los servicios había sido afectada por la severa crisis económica. Según ellos, una forma en que la crisis económica ha influido en la oferta de servicios de SSR ha sido en la reducción de los insumos y la oferta de métodos.

Asimismo, esta crisis económica sugiere una disminución del gasto en salud como porcentaje del PIB. Para el año 2000 el Estado dominicano aportó un 1.9% del PIB para gasto en salud. Sin embargo, para el año 2001 el promedio de gasto público en salud se redujo a un 1.5% del PIB. Para el 2004 se ha reducido a un 1.2%.

Indicadores y Reformas recientes en salud

Tabla 1. Indicadores de Salud y Desarrollo			
Indicadores Demográficos y de PF			
Población Total	2005	9.1 millones	CONAPOFA, <i>Proyecciones de la Población Dominicana, 2004-2005</i>
Mujeres en Edad Fértil (MEF) 15-49 años	2005	2.37 millones	CONAPOFA, <i>Proyecciones de la Población Dominicana, 2004</i>
Porcentaje Urbano	2005	63.2%	CONAPOFA, <i>Proyecciones de la Población Dominicana, 2004</i>
Tasa Global de Fecundidad (TGF)	2002	3.0 niños por mujer 2.8 urbana 3.3 rural	ENDESA-2002
Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (TPA), Métodos modernos, MUEF	2002	66 %	ENDESA-2002
Indicadores de Salud			
Tasa de Mortalidad Materna	2002	178 por 100,000 nacidos vivos	ENDESA-2002
Tasa de Mortalidad en menores de 5 años	2002	31 por 1,000 nacidos vivos	ENDESA-2002

En términos demográficos, la República Dominicana ha tenido un descenso radical en la tasa global de fecundidad ajustada. De un promedio de 6.79 hijos/mujer que había en el periodo 1964-1966, la TGF descendió a 3.2 hijos por mujer en 1996 y a 3.0 hijos por mujer en 2002, según la Encuesta Demográfica y de Salud 2002 (ENDESA 2002).

Por otro lado, conforme a ENDESA-2002, la mortalidad infantil en la República Dominicana se ha reducido significativamente en los últimos años. De una tasa de mortalidad de 40 por 1000 nacidos vivos en el periodo 1995-2000, se estima en 31 muertes por 1000 nacidos vivos, para el periodo 1997-2002.

Sin embargo, todavía la República Dominicana presenta un número elevado de muertes maternas. El número estimado para el año 2002 era de 178 muertes por 100,000 nacidos vivos. Esto contrasta con el hecho de que para el 2002 el 98% de los partos son atendidos en establecimientos de salud, siendo el 75.5% de los mismos atendidos en hospitales públicos. Esto revela un problema de gestión en la organización, oportunidad, accesibilidad y calidad de la atención.

Según la ENDESA-2002, en relación al SIDA, los casos notificados a nivel nacional representan un 15%. Para el período 1987-2002 en el país se había informado alrededor de 6,563 casos de SIDA. Estos casos están concentrados entre las edades de 15-44 años, representando el 79.6% de los casos de SIDA acumulados por el sistema de vigilancia de la SESPAS. Los jóvenes entre las edades de 15-24 años constituyen un 18% de los casos. Los hombres continúan siendo los más afectados, representando el 64% de los casos reportados y las mujeres un 35%. Esto significa que la relación proporcional hombre-mujer es de 2:1, lo cual puede variar dado el número de mujeres infectadas en los últimos cinco años. Actualmente el 74.8% de los casos ocurren en individuos heterosexuales tendiendo a concentrarse en poblaciones más empobrecidas. La transmisión perinatal se mantiene en un 2% del total de casos notificados. Datos de la ENDESA 2002 reportan una prevalencia de VIH/SIDA en la población general de 1%¹.

Respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS), en el país hay una tendencia descendente. Para el 2002, el 9 por ciento de las mujeres sexualmente activas padecieron alguna ITS en el último año, siendo las adolescentes y jóvenes (15 a 29 años), las más afectadas (ENDESA 2002). En contraste con esta realidad, sólo el 2 por ciento de las mujeres y el 1 por ciento de los hombres usaron condón en su última relación sexual con su esposo(a) o compañero(a).

Finalmente, con la promulgación de la Ley General de Salud (42-01) y la Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01) se inicia el establecimiento de un nuevo modelo de salud caracterizado por la descentralización de los servicios y una desconcentración de la función rectora del Sistema. Este es un modelo mixto en el cual intervienen los sectores público y privado. Con la reforma se procura disminuir las inequidades del sistema, su ineficacia, ineficiencia y la baja calidad de la atención. Se procura garantizar que la población tenga mayor acceso a servicios con calidad a través de un Seguro Familiar de Salud y un único Plan Básico de Salud, con la participación de las

¹ Análisis de Situación de Salud. SESPAS, 2004. Versión Preliminar.

Administradoras de Riesgos de Salud y redes Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, privadas y plurales (mixtas).

A la fecha, la reforma ha avanzado en cuanto a establecer las bases institucionales y las regulaciones fundamentales del nuevo sistema de salud. Sin embargo, la reorganización de los servicios de salud sigue siendo una tarea pendiente y en la cual el país ha avanzado muy poco.

En Noviembre del 2002 el Consejo Nacional de Seguridad aprobó un cronograma para la implementación gradual de la reforma de salud. Este cronograma contemplaba iniciar el Seguro Familiar de Salud en la Región IV y luego extenderlo a otras regiones.

La implementación gradual de la reforma ha encontrado un conjunto de dificultades que han obstaculizado su concreción. Entre éstas se pueden identificar los conflictos de intereses que se han generado con el tema de la doble cotización o doble afiliación en el Instituto Dominicano de Seguro Social, la cobertura y el costo de las prestaciones del Plan Básico de Salud, la armonización de la reforma de salud con la seguridad social y la falta de disponibilidad financiera para garantizar la cobertura del Seguro Familiar de Salud al grupo de los subsidiados.

El Programa de SSR de la SESPAS se ha ido ejecutando en medio de las ambigüedades que se generan entre un proceso de reforma de salud que presenta limitaciones para expresarse en la organización de los servicios y la permanencia de estructuras viejas de un sistema de salud que evidencia su agotamiento.

La República Dominicana está dividida en 9 regiones de salud. El sistema nacional de salud comprende principalmente el sector público que está orientado a cubrir la población pobre (80%), el Seguro Social, que cubre a la población asalariada (15%) y el sector privado que cubre a las personas con capacidad de pago (5%). Es un sistema centralizado, donde la SESPAS es el ente rector y proveedor de servicios, nombra al personal tanto a nivel central como regional y provincial, resuelve los problemas y administra los programas; dicho esquema ha generado ineficiencias a nivel local, pues genera lentitud en la toma de decisiones y una falta de relación entre necesidades y problemáticas locales.

El sistema de reforma, contenido principalmente en la Ley General de Salud 42-01 y en la Ley de Seguridad Social 87-01, pretende en esencia implementar el sistema de seguridad social, cambiando algunos esquemas del modelo actual.

Por una parte, se intenta cambiar el modelo de financiación, dividiéndolo en tres ramas que serían:

- a) Subsidiado: para cubrir a las personas sin capacidad de pago, estaría a cargo del Estado a través de sus recursos;
- b) Contributivo: para cubrir a los trabajadores, estarían a cargo de las aseguradoras;
- c) Contributivo subsidiado: para cubrir a la población informal, que pueden tener ingresos pero que no tienen una vinculación laboral formal, estas personas estarían cubiertas por el seguro nacional de salud.

Para manejar los recursos del sistema se ha creado un fondo, que es la Tesorería de la Seguridad Social, que manejaría los recursos de las ARS. Dentro de las ARS hay una pública (SENASA) y existen varias privadas. Por obligación todos los empleados estatales deben estar afiliados a SENASA, mientras que los empleados del sector privado pueden escoger si afiliarse a ésta, o afiliarse a una ARS privada. El IDSS tuvo la opción de funcionar como ARS pública o privada, y éste optó por trabajar con el sector privado.

Se ha diseñado un Plan Básico de Salud, el cual estipula los servicios a los que los afiliados al sistema tienen derecho. Cuando el sistema se diseñó (a través de la Ley 87-01) se calculó que costaría U\$100 por persona por año, es decir, que el sistema le daría anualmente a cada ARS dicha suma por cada persona que tuviera afiliada. Aunque esta ley no se ha modificado, en el momento existe un debate con relación al monto que debe reconocer el sistema por cada afiliado, ya que debido a los factores macroeconómicos desfavorables como la inflación y la devaluación frente al dólar, se está debatiendo si dicho monto es suficiente para cubrir los costos relacionados con la atención a los usuarios y con la sostenibilidad del sistema.

La reforma también pretende que la SESPAS, que seguirá siendo el ente rector, separe sus actividades en dos áreas:

- a) Rectoría, cuyo objetivo será el de *desconcentrar* las actividades de rectoría hacia las provincias, es decir, que las direcciones provinciales de salud (DPS) asuman actividades de rectoría en cuanto a salud colectiva, vigilancia y control y direccionamiento de los programas. Lo anterior quiere decir que la SESPAS dará las directrices generales que regirán el sistema de salud, pero cada Dirección provincial de salud será la responsable de aplicarlas y de

adaptarlas de acuerdo a las necesidades identificadas en su provincia.

- b) Prestación de servicios, cuyo objetivo será *descentralizar* la prestación de servicios, promoviendo la creación de redes regionales. Cada red será autónoma y hará convenios con las ARS para prestar servicios en cada región. Los insumos anticonceptivos que forman parte del Plan Básico de Salud son condones, DIUs, orales e inyectables. Los hospitales, clínicas y centros de salud serán responsables por la adquisición de los insumos que necesiten.

Situación actual de los servicios

Si bien se ha explicado lo que se pretende con la reforma en el sistema de salud, hasta el momento no se ha avanzado mucho en la implementación de dicha reforma.

La ley de reforma se promulgó en 2001. En dicho momento se esperaba un período de transición de diez años, es decir hasta el 2011, para que la reforma se implementara en su totalidad. Sin embargo, a la fecha el régimen contributivo no ha empezado a funcionar, ya que existen diferencias de opinión en cuanto al nivel de contribución, puesto que algunos argumentan que los U\$100 persona/año que se plantearon inicialmente no son suficientes para la sostenibilidad del sistema; lo anterior ha creado un conflicto entre prestadores de servicios y aseguradoras. En este momento una gran parte de los empleadores y empleados están haciendo una doble contribución, pues se mantienen afiliados al Seguro Social, pero al mismo tiempo mantienen otra afiliación a alguna aseguradora privada.

En cuanto al régimen subsidiado, se estima que debería cubrir entre el 60 y el 70% de la población, si se considera la población total en 8.000.000 de personas, por lo que se estaría hablando de entre 4,8 y 5,6 millones de personas, pero hasta el momento el sistema subsidiado solo ha empezado en la Región Sur y se estima que el número de afiliados está alrededor de 85.000. La meta del gobierno para el 2008 es que haya 1 millón de afiliados.

En este punto se ha encontrado un problema y es la forma de selección de las personas que pueden ser beneficiarias. Para esto se creó el SIUBEN (Sistema Unico de Beneficiarios), para poder inscribirse la persona debe presentar su identificación, pero en una gran parte de la

población no existen registros de nacimiento ni cédulas. Los recursos aprobados para el 2005 se supone que alcancen para afiliar a 200.000 personas únicamente.

Por otro lado, aún no se han implementado los procesos de descentralización y desconcentración, ya que aún no se ha llevado a cabo la reforma oficial de SESPAS.

Actores clave en la planificación familiar

Gráfico 3



Asociación Dominicana de Planificación Familiar (ADOPLAFAM)

ADOPLAFAM es una ONG fundada en 1986. Su radio de acción alcanza a los sectores públicos y privados a los cuales capacita en los aspectos de salud sexual y reproductiva, desarrollando actividades que van desde la atención primaria, mejoramiento del ambiente y en los adolescentes para contribuir a la reducción de las relaciones sexuales tempranas, evitar embarazos a destiempo y ayudarlos a evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA, así como fomentar la igualdad de géneros. ADOPLAFAM asume el compromiso junto a otras instituciones del área de apoyar el desarrollo de distintas comunidades,

identificando necesidades insatisfechas y buscando solución a problemas en el marco de la sostenibilidad.

Esta institución trabaja con personas en las áreas de la salud reproductiva en adolescentes y jóvenes, hombres en riesgo, personas privadas de libertad, trabajadoras sexuales, consejería en pre y post pruebas de VIH.

Para la ejecución de sus programas y proyectos, ADOPLAFAM cuenta con el apoyo técnico y financiero de organismos internacionales de cooperación como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), que implementa los proyectos de RED-SALUD, CONECTA/Family Health Internacional (FHI) y del Gobierno Dominicano a través de SESPAS.

ADOPLAFAM cuenta con su propia red de distribución de anticonceptivos, que además de vender anticonceptivos, reciben capacitación en el uso y manejo de los métodos anticonceptivos para brindar consejería directa a los usuarios. La institución cuenta con co-distribuidores regionales, que cubren varias regiones del país y para administrar su sistema logístico tienen un sistema computarizado de registro que les permite mantener sus datos actualizados. Su red ha sido penetrada con productos a precios más bajos, por lo cual su volumen de ventas se ha disminuído, especialmente las de orales.

Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA)

PROFAMILIA es una ONG afiliada a la IPFF y fue fundada en el año 1966, como entidad de base comunitaria dedicada a la planificación familiar, y con el paso de los años ha ido evolucionando, ampliando su oferta de servicios para satisfacer cada vez mayores poblaciones, innovando en investigaciones sociodemográficas y biomédicas, e impulsando la participación de la sociedad en la solución de sus problemas de salud.

La misión de PROFAMILIA es contribuir a satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población, con énfasis en mujeres y hombres adultos y jóvenes en edad reproductiva, desde un enfoque de salud integral y de los derechos humanos, bajo modelos de gestión de calidad y competitividad que conduzcan hacia la sustentabilidad financiera.

PROFAMILIA tiene cobertura a nivel nacional, a través de sus programas comunitario y de mercadeo, así como clínicas propias (5). Ofrecen una amplia gama de productos anticonceptivos tales como inyectables, orales, implantes, DIUs y condones. PROFAMILIA maneja un presupuesto anual que incluye la compra de insumos anticonceptivos y las compras de éstos insumos las realizan internacionalmente. Entre los proveedores internacionales se encuentran Schering, Wyeth Canada, Organon, CPR Germany Condoms, TechSphere, HRA Pharma, IPPF e Injeflex Brasil.

En cuanto a mercadeo social, su función es la distribución de métodos anticonceptivos y otros productos a clases socioeconómicas media baja a popular, dentro de un enfoque de calidad, sustentabilidad financiera y de negocios, a través de farmacias y otros puntos de distribución tradicionales (por ej., médicos privados). Se contempla ofertar la gama completa de métodos anticonceptivos en variedad de marcas, acorde a los acuerdos de comercialización con representantes locales e internacionales. Estos acuerdos consisten en gestionar la importación y comercialización de los productos garantizando su posicionamiento en el mercado farmacéutico.

Su logística de adquisiciones es igual tanto para el área comunitaria como para mercadeo y también manejan codistribuidores que le venden a farmacias insumos tales como pruebas de embarazo, DIUs y condones.

En cuanto al área comunitaria, los promotores le distribuyen a los médicos privados solamente DIUs, pruebas de embarazo e implantes subdérmicos. A sus vendedores se les capacita en el uso de métodos, técnicas de ventas y en SSR.

Tienen acuerdos con 5 laboratorios líderes, 6 subdistribuidores de farmacias y un universo de 2,000 farmacias.

Su cartera de productos se muestra en la Tabla 2 a continuación.

Tabla 2. Lista de productos ofertados por PROFAMILIA

Marca	Categoría	Comercial	Mercadeo Comunitario
Microgynon	Orales	X	
Triquilar	Orales	X	
Microgynon CD	Orales	X	
Microlut	Orales – Lactancia	X	
Duofem	Orales	X	X
Microval	Orales – Lactancia		X
Norplant	Implantes		X
Jadelle	Implantes	X	
Depoprovera	Inyección 3 meses	X	X
Megestron (*)	Inyección 3 meses	Pendiente	X
Cyclofémina	Inyección 1 mes	X	X
Protector	Condomes	X	X
Pante	Condomes	X	X
Escudo	Condomes	X	
Long Life	Condomes	X	
T-380-A	DIUs	X	X
T-380 Slimline	DIUs	X	
Hipas	P. embarazo	X	

* Overbranding (registro sanitario propio en proceso)

La Tabla 3 muestra el volumen de ventas de Mercadeo Social, durante el período 2000 - 2003

Tabla 3. Ventas de Mercadeo Social – PROFAMILIA
(en unidades. No incluye clínicas)

Método	2000	2001	2002	2003
Orales	1,123,687	1,378,431	1,945,935	1,598,431
Inyectables	63,714	51,245	62,220	37,869
Condomes	1,581,424	1,796,298	1,909,785	1,565,564
DIU	6,941	6,735	8,315	9,889
Implantes	752	2,748	659	854
P.Embarazo	-	7,649	11,145	17,446

Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS)

La CERSS es el organismo del Gobierno Dominicano responsable de impulsar la Reforma del Sector Salud. Fue creada mediante el decreto no. 308-97 el 10 de Julio de 1997.

Como organismo gestor del proceso de reforma, está llamada a integrar los esfuerzos gubernamentales de construcción de políticas de salud dentro del marco de la modernización y reforma del Estado.

La CERSS tiene dos niveles de coordinación, General y Ejecutiva. La coordinación General la asume en forma compartida el Secretario Técnico de la Presidencia y la Secretaría de Estado de Salud Pública (SESPAS).

La coordinación Ejecutiva es dirigida por un Coordinador Ejecutivo nombrado por un decreto presidencial con la función de organizar una Unidad de Coordinación Técnica y Administrativa para apoyar la conducción del proceso de reforma del sector salud.

Los principios de la reforma del sector salud están orientados a producir una mejoría en el sistema de salud, en base al logro de una cobertura universal y al mejoramiento de la calidad de la atención.

Los lineamientos estratégicos que guían el accionar de la reforma son el fortalecimiento del rol rector de la SESPAS como autoridad sanitaria, la creación de las redes regionales de salud, ampliar la cobertura de

servicios, y garantizar el acceso a medicamentos baratos, oportunos y de calidad.

El avance más significativo de cara al proceso de reforma lo constituye la creación de un marco legal para evaluar el desempeño del sector salud, con la aprobación y aplicación de la Ley General de Salud y con la ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social.

El trabajo de la CERSS se ha enfocado en el proyecto de Desarrollo de los Sistemas Provinciales de Salud, financiado mediante un convenio con el Banco Mundial el cual asciende a 30 millones de dólares y al cual el Estado Dominicano aportará 12 millones de dólares de contrapartida. Este proyecto está orientado a fortalecer la descentralización a través de las redes regionales de provisión de servicios y el apoyo a los establecimientos de salud para mejorar la calidad de la atención y la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado. Otro proyecto importante es el Programa de Modernización y Reestructuración del Sector Salud, financiado mediante un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo.

Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA)

Fue creado en 1968 para manejar el programa de SR/PF del Estado Dominicano. Estuvo manejando el programa a nivel nacional hasta 1997; durante ese período los métodos que se distribuían en el país eran donados.

A partir de 1997, el manejo del programa de SR/PF pasó a manos de la SESPAS, a través de su Dirección General de Materno Infantil y Adolescentes – DIGEMIA, pero este período coincidió con un retiro parcial del apoyo de UNFPA para la donación de insumos anticonceptivos, concentrándose solo en cuatro regiones del país, por lo que el programa de SR/PF se deterioró en las restantes regiones.

Actualmente CONAPOFA ha retomado el manejo del programa de SR/PF, el cual incluye la entrega de insumos, monitoreo, evaluación e IEC, aunque la atención a pacientes está a cargo de la SESPAS. Actualmente CONAPOFA es la institución del Estado responsable de propiciar y producir las informaciones sociodemográficas y de salud que requiere la planificación social del país, así como de elaborar y consensuar políticas de población y desarrollo y el establecimiento de estrategias de información, educación y comunicación sobre los principales aspectos vinculados con esta política.

En el presupuesto del gobierno hay un aporte para funcionamiento de CONAPOFA a través de SESPAS.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

El UNFPA cubre 7 provincias en las regiones IV y VI y 4 provincias en la región VII. En Santo Domingo están en el área II, VII y VIII y en el área I están en coordinación con GTZ. En la actualidad el UNFPA dona anticonceptivos en las regiones mencionadas. Asimismo, implementa programas de capacitación en uso de métodos anticonceptivos, administración logística y manejo de insumos.

Hasta 1997 el UNFPA tenía presencia en todo el país, pero en dicho año comenzaron un proceso de salida y ahora solo cubren las regiones mencionadas.

El proyecto actual cubre hasta el año 2006, pero su terminación o prolongación depende de cómo evolucione el sector salud en cuanto a coberturas y entrega de insumos, a raíz de la reforma que se pretende implementar.

El UNFPA mantiene sus existencias de insumos anticonceptivos en el almacén central de CONAPOFA y de ahí los distribuye a nivel regional a los almacenes de SESPAS.

La entrega de métodos anticonceptivos se hace trimestralmente, aunque en estos momentos tienen planes de hacerlo semestralmente. Para hacer la proyección de los insumos a ser entregados, se toman datos históricos y se incrementan en un 5%. Utilizan el sistema de formularios implementado por JSI, y UNFPA se encarga de que exista suficiente provisión de dichos formularios en las regiones que atienden. En dichas regiones también está garantizado el transporte de los insumos, pues las mismas cuentan con vehículo proporcionado por UNFPA.

El UNFPA ha hecho programas de capacitación en logística a nivel nacional, pero se han presentado problemas en su continuidad por la movilidad del personal.

El UNFPA hace adquisiciones de métodos anticonceptivos dos veces al año, las compras se demoran aproximadamente tres meses desde el

momento en que se hace el pedido hasta el momento en que llegan al país, y las hacen a través de sus oficinas centrales en Nueva York.

Fuerzas Armadas (F.F. A.A.)

Sus tres hospitales tienen programas de Planificación Familiar y los insumos son adquiridos a través de donaciones de UNFPA y SESPAS, actualmente pasan por el mismo desabastecimiento que el resto de los centros de salud.

Agencia de Cooperación Técnica Alemana (GTZ)

El Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva se ejecuta con la SESPAS a través de la Dirección Área I de Salud de Santo Domingo y las DPS de San Pedro y La Romana, con la asistencia técnica de EPOS Health Consultants y por encargo de la Cooperación Técnica Alemana GTZ.

El Proyecto GTZ/EPOS tiene el objetivo de mejorar la salud sexual y reproductiva en la zona del Área I de Salud Santo Domingo-Boca Chica y las provincias de San Pedro y La Romana. Los y las usuarias de los servicios provienen de la población con escasos recursos económicos.

Desde el año 2000, el proyecto viene apoyando la introducción del programa de SSR en el Área I de Salud y las DPS y facilita la organización del mejoramiento de los servicios a través de una red de centros de salud y ONGs involucrados. Se ha capacitado el personal de salud en varios temas, incluyendo los derechos de SSR, los derechos y deberes de los y las usuarias, los componentes de SSR, con un hincapié en ofrecer servicios de calidad en la Planificación Familiar

Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)

En 1997 comenzó su programa de salud reproductiva, durante los cuales se hicieron cursos de capacitación en logística y tecnología anticonceptiva. En la actualidad, el IDSS cuenta con 18 hospitales, 29 policlínicas y 170 consultorios. En el pasado, se compraron algunos métodos anticonceptivos en concurso abierto, y en dicho momento adquirieron los insumos a través de Schering.

Entre 1997 y el 2002 han recibido condones, anticonceptivos orales y DIUs de parte de UNFPA y CONAPOFA, y en dicho período hubo una popularización en el uso del DIU entre sus usuarias.

La última compra que hicieron de Depo-Provera® se realizó a finales de 2002 y desde entonces han estado desabastecidos de métodos. Esta situación se ha convertido en una preocupación para el IDSS, ya que el desabastecimiento ha ocasionado diversos problemas entre sus usuarias, tal como lo señala un estudio interno en el cual se ha hecho un análisis de curvas entre la ausencia de métodos y el ausentismo laboral a causa, por ejemplo, del incremento en los abortos.

MUDE, Inc.

Es una ONG que data de 1979. Desde su fundación han trabajado en desarrollo comunitario. Cubre familias en regiones sub-urbanas y rurales. Su mecanismo de distribución de métodos anticonceptivos es a través de voluntarias de salud comunitaria. Dispone de un almacén central, y otorga capacitación al personal que trabaja en su red de distribución.

Al igual que otros organismos e instituciones que trabajan en la distribución de insumos anticonceptivos en República Dominicana, han sufrido los problemas del contrabando, el cual entorpece el alcance de sus metas. No obstante lo anterior, tienen buenos rendimientos y una buena aceptación en su mercado.

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) CONNECTA -Proyecto de Asistencia Técnica de USAID

Es un proyecto financiado por USAID, e implementado por Family Health International (FHI). Se enfoca en tres componentes que son VIH/SIDA (60%), Salud Reproductiva (30%) y Supervivencia Infantil (10% de los recursos).

En cuanto a Salud Reproductiva, hay tres líneas de intervención en apoyo al sector público:

- mejoramiento de la calidad de atención obstétrica,
- calidad de atención en servicios para adolescentes y
- fortalecimiento de programas de planificación familiar.

En Planificación Familiar se apoya a CONAPOFA y SESPAS en el fortalecimiento en logística de insumos, sistema de información, capacitación en logística a los proveedores de servicios, manejo de suministros y tecnología anticonceptiva, a la vez que suministran insumos a CONAPOFA, donados por USAID. Una labor coordinada de lobby entre Pronaisa, CONECTA y CONAPOFA ha permitido que las unidades de adolescentes dispongan de insumos de planificación familiar para las usuarias.

REDSALUD -Proyecto de Asistencia Técnica de USAID

Redsalud es un proyecto financiado por USAID, que da apoyo al sector salud para mejorar la calidad y cantidad de los servicios de salud. Ofrecen capacitación para la elaboración de presupuestos, sistemas de información y en atención al cliente. Apoyan a SENASA en definir mecanismos de pago, auditoria y control de servicios, elaboración de presupuestos y monitoreo de calidad. Es un proyecto ejecutado por Abt Associates desde el año 2000 y es financiado por USAID.

En opinión del personal de Redsalud con el cual se realizó una entrevista, se va a dar una ruptura en el sistema de salud porque en este momento el mismo es centralizado a través del SESPAS, y se pretende que los establecimientos de salud asuman esas funciones, pero hay una resistencia por parte de la SESPAS que no quiere delegar sus funciones y responsabilidades.

En este momento hay un crédito de U\$120 millones del Banco Mundial al Gobierno Dominicano para que empiece a funcionar el sistema de seguridad social (ese crédito incluye logística y capacitación).

Uno de los cambios que se pretende dar con la reforma es el de mejorar los procesos de selección del personal en los servicios de salud, porque los directores de los hospitales deben ser nombrados atendiendo a criterios más técnicos y atendiendo un perfil adecuado para el cargo.

Los sistemas de registro en los hospitales son precarios. Con la reforma se vislumbra una gran oportunidad de mejora en el sistema de salud, pero al mismo tiempo puede haber una gran amenaza de que lo poco que hay en este momento desaparezca, ya que en el nivel central se ha presentado una gran resistencia al cambio para delegar en las regiones las funciones que hasta el momento realiza el nivel central, pero al mismo tiempo en esas regiones no hay en este momento suficiente

personal capacitado como para manejar el sistema que se espera descentralizar.

El sistema de seguridad social hasta el momento solo se ha aplicado en el Sur, pero no ha funcionado correctamente porque ha habido vacíos. En los hospitales se manejan los distintos insumos de manera separada, cada quien hace una labor aparte y la información es fragmentada. En este momento el costo por afiliado/año al sistema de salud es de RD\$2.176 (U\$73), pero según estimaciones de Redsalud, este costo se deberá incrementar entre el 25 al 30% porque el paquete básico de costos se ha subido. Los hospitales van a ser manejados y gerenciados por su junta directiva. Cada hospital debe conformar una junta que a su vez va a nombrar un gerente y SESPAS será uno de los miembros de la junta.

El presupuesto del gobierno para el año 2005 es de RD\$600 millones (U\$20 millones), que se supone alcancen para cubrir a unos 150.000 usuarios.

Según datos de Redsalud, en República Dominicana entre un 30 y un 40% de la población está por debajo de la línea de pobreza, lo cual implica que la meta de cobertura de SENASA debe ser de alrededor de 3.000.000 de habitantes. La meta del actual gobierno es de 1 millón de personas.

Seguro Nacional de Salud (SENASA)

El Seguro Nacional de Salud es una institución pública autónoma, aseguradora de los riesgos de salud, cuya base legal se sustenta en la ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. El seguro nacional de salud está trabajando en este momento en su totalidad en el régimen subsidiado, y todos los empleados del sector público deben por ley estar afiliados al mismo.

SENASA fue constituido hace tres años e iniciaron sus programas en la región IV hace dos años. Tienen aproximadamente 85.000 afiliados, todos en la zona Sur. Su meta para 2005 es de 250.000 afiliados. Sin embargo, ello dependerá del costo del plan básico (ya que es todo subsidiado), puesto que se han presentado variaciones en dichos costos. En este momento el costo de la afiliación es de aproximadamente RD\$ 266 (U\$8.86) por afiliado/mes.

En cuanto a la cobertura en medicamentos, el 70% de su costo es financiado por SENASA y el 30% restante es cubierto por el cliente.

Los medicamentos que se van a utilizar van a ser genéricos, y por ley, van a ser comprados por el Programa de Medicamentos Esenciales (PROMESE/CAL) de la Presidencia de la República.

En caso de que un paciente quiera un medicamento no genérico con un valor superior, entonces SENASA cubre el mismo 70% del valor en su lista de medicamentos, y el cliente paga el excedente.

El plan básico de SENASA va a incluir:

- Hormonales combinados
 - Estradiol + dihidroprogesterona
 - Etinilestradiol + Norgestrel

- Hormonales no combinados
 - Noretisterona
 - Estrógenos
 - Estrógenos conjugados
 - Medroxiprogesterona
 - Progesterona

- DIU

- Condones

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)

La unidad responsable por los programas de planificación familiar dentro de la SESPAS es la Dirección General de Materno Infantil y Adolescentes (DIGEMIA), la cual tiene como responsabilidad el desempeño del programa de planificación familiar a nivel nacional tanto público como privado. Su acción fundamental es la de establecer y controlar las políticas referentes a los programas, además de coordinar y evaluar las diferentes actividades de tales programas.

Uno de sus principales objetivos es el de disminuir el riesgo en las mujeres en edad reproductiva, mediante actividades de educación, comunicación e información a través de los puntos de provisión de servicios, promoviendo el programa de planificación familiar y mejorando la capacidad de los servicios de planificación familiar para lograr aumentos de la cobertura brindando varias opciones de métodos de planificación.

Otros actores del sector salud que podrían jugar un papel para el futuro en la DAIA son los fabricantes de anticonceptivos y los importadores, las compañías de seguros privadas y públicas, y las organizaciones de abogacía y organizaciones de base comunitaria.

V. HALLAZGOS DEL DIAGNOSTICO

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN LOGÍSTICA DE SESPAS

Adquisiciones de métodos anticonceptivos por el Estado

Desde 1968 y hasta 1997, los métodos de planificación familiar que se distribuían en el país eran donados. A partir de ese año, se siguieron recibiendo donaciones, aunque estas disminuyeron, y se hicieron pequeñas compras por parte de la SESPAS que se utilizaron solo para cubrir necesidades puntuales pero que no eran suficientes para satisfacer la demanda de anticonceptivos en el país.

Desde entonces, las adquisiciones de anticonceptivos del sector público (SESPAS), utilizando fondos del Estado, durante el período 2004 (en tres compras: Marzo, Junio, Noviembre) y 2005 han sido las siguientes:

Tabla 4. Adquisiciones de SESPAS, 2004 – primer trimestre 2005

	AÑO		VARIACION
	2004	2005	
Depo Provera			
Unidades	10.500	62.000	490%
Valor Unitario (RD\$)	\$ 390,00	\$ 32,40	-92%
Valor Total (RD\$)	\$ 4.095.000	\$ 2.008.800	-51%
DIU			
Unidades	3.750	60.000	1500%
Valor Unitario (RD\$)	\$ 458,00	\$ 21,20	-95%
Valor Total (RD\$)	\$ 1.717.500	\$ 1.272.000	-26%
Duofem			
Unidades	20.000	400.000	1900%
Valor Unitario (RD\$)	\$ 75,00	\$ 9,20	-88%
Valor Total (RD\$)	\$ 1.500.000	\$ 3.680.000	145%
Minipildoras			
Unidades	0	220.000	NA
Valor Unitario (RD\$)	\$ -	\$ 12,80	NA
Valor Total (RD\$)	\$ -	\$ 2.816.000	NA
GASTO TOTAL	\$ 7.312.500	\$ 9.776.800	34%

Como se puede ver en la tabla, hubo una gran variación en los precios pagados para la adquisición de insumos anticonceptivos entre el año 2004 y el año 2005, ya que durante el año 2004 se hicieron compras a laboratorios farmacéuticos internacionales, mientras que para el primer trimestre del año 2005 se hicieron compras a través de UNFPA. Como resultado de lo anterior, se puede ver como por ejemplo para el caso de la Depo Provera, en el año 2004 se estaba comprando a RD\$390.00 la

unidad, mientras que para el 2005 se ha comprado a RD\$32.40, lo cual implica un ahorro del 92% por unidad. Lo mismo aplica para otros métodos anticonceptivos, como los DIUs, o el Duofem, (minipíldoras no se compraron durante el 2004). Como se puede apreciar, con las compras a través de UNFPA se pueden lograr inmensos ahorros para el Estado, lo cual representa que con un incremento de 33.7% en el gasto total (de RD\$7,312,500 en 2004 a RD\$9,776,800 en 2005), se pudo comprar un 490% más de Depo Provera, 1.500% más de DIUs, y un 1.900% más de Duofem, además de 220.000 unidades de Minipíldoras.

No se compraron condones, pues al momento de la visita había 800.000 en existencias. Para el primer trimestre de 2005 se han aprobado RD\$ 9,7 millones, los cuales se utilizaron en la compra de insumos a través de UNFPA como se ve en el cuadro anterior. Para el año 2005 se aprobó un presupuesto total de RD\$ 52 millones.

La Tabla 5 muestra las cantidades y la clase de insumos anticonceptivos que se esperan adquirir para el periodo Abril-Diciembre 2005 por trimestre.

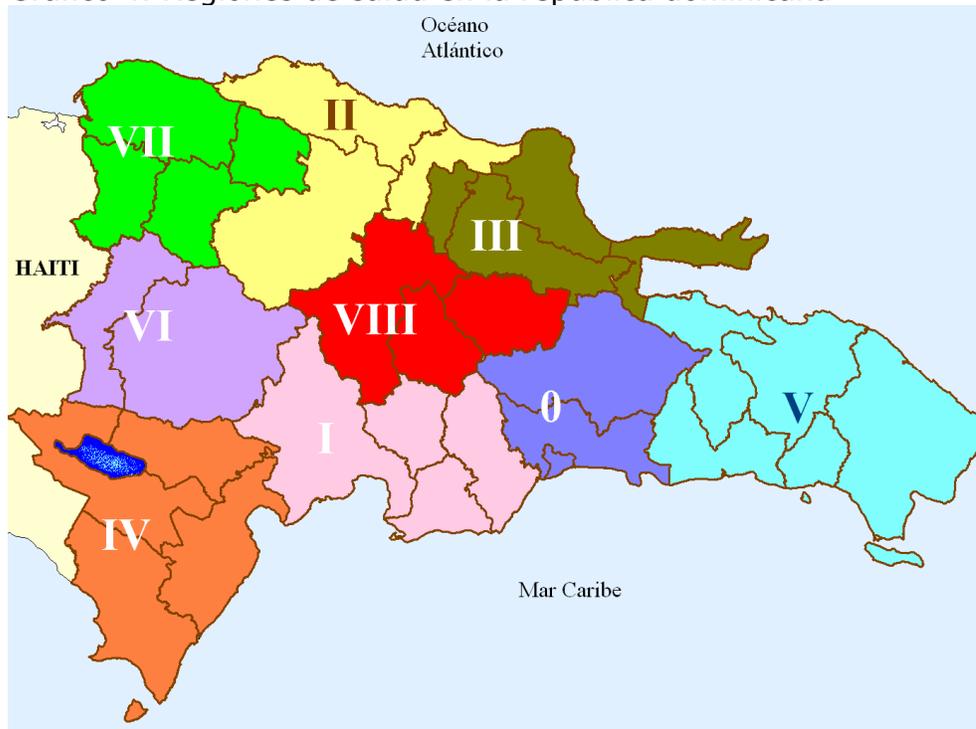
Tabla 5. Adquisiciones programadas de anticonceptivos – SESPAS, 2005

Trimestre Abril-Junio	CANTIDAD	COSTO UNITARIO EN U\$	COSTO TOTAL EN U\$
Depo-Provera®	62,000	\$ 0.81	\$ 50,220
Rigevidon	400,000	\$ 0.23	\$ 92,000
Microval	220,000	\$ 0.32	\$ 70,400
Condomes	1,700,000	\$ 0.04	\$ 68,000
DIUs	60,000	\$ 0.53	\$ 31,800
TOTAL			\$ 312,420
Trimestre Julio-Septiembre	CANTIDAD	COSTO UNITARIO EN U\$	COSTO TOTAL EN U\$
Depo-Provera®	62,000	\$ 0.81	\$ 50,220
Rigevidon	400,000	\$ 0.23	\$ 92,000
Microval	220,000	\$ 0.32	\$ 70,400
Condomes	1,700,000	\$ 0.04	\$ 68,000
DIUs	60,000	\$ 0.53	\$ 31,800
TOTAL			\$ 312,420
Trimestre Octubre-Diciembre	CANTIDAD	COSTO UNITARIO EN U\$	COSTO TOTAL EN U\$
Depoprovera	62,000	\$ 0.81	\$ 50,220
Rigevidon	400,000	\$ 0.23	\$ 92,000
Microval	220,000	\$ 0.32	\$ 70,400
Condomes	1,700,000	\$ 0.04	\$ 68,000
DIUs	60,000	\$ 0.53	\$ 31,800
TOTAL			\$ 312,420

Para ver un cuadro detallado de las entradas y salidas de insumos anticonceptivos en el almacén central en el período Septiembre 2004 a Marzo 2005, ver la sección de ANEXOS

Sistema de información y distribución

Gráfico 4. Regiones de salud en la república dominicana



9 REGIONES DE SALUD 8 AREAS DE SALUD (En el Distrito Nacional)

El sistema de distribución e información logística en República Dominicana es centralizado. La Secretaría de Salud funciona en el ámbito de 9 Regiones de Salud, las cuales a su vez comprenden diversas Provincias (división política del país). Dichas regiones de salud son las siguientes:

Región 0: Distrito Nacional (Provincias de Santo Domingo y Monte Plata)

Región I: Peravia, San Cristóbal, San José de Ocoa, Azua

Región II: Norcentral (Provincias: Santiago, Espaillat y Puerto Plata)

Región III: Nordeste (Provincias: Duarte, Salcedo, María Tdad. Sánchez y Samaná)

Región IV: Enriquillo (Provincias: Bahoruco, Barahona, Independencia y Pedernales)

Región V: Este: (Provincias: San Pedro de Macorís, La Romana, La Altagracia, El Seibo, Hato Mayor)

Región VI: San Juan, Elías Piña

Región VII: Noroeste (Provincias: Valverde, Monte Cristo, Santiago Rodríguez y Dajabón)

Región VIII: Cibao Central (Provincias: La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez)

En el Distrito Nacional (capital del país) y en la provincia de Santo Domingo, por su elevada densidad poblacional, el sistema de salud, está constituido por 8 Áreas de Salud.

A nivel nacional, el sistema está compuesto por 42 hospitales provinciales, 83 hospitales municipales, 46 clínicas urbanas y 596 clínicas rurales.

El sistema de información logística de insumos anticonceptivos parte desde los servicios de salud (hospitales y clínicas), que consolidan sus informes de movimientos de insumos mensualmente para llevarlos al nivel provincial (DPS).

La DPS tiene a su cargo varios hospitales, clínicas y puestos de salud y allí se consolidan los datos de consumo para ser llevados al nivel regional. De allí se envían los datos hacia el nivel central.

En el nivel central se consolidan datos mensualmente, y se utiliza dicha información para hacer una estimación de necesidades de anticonceptivos anual, que se hace utilizando datos de consumo y niveles de inventario.

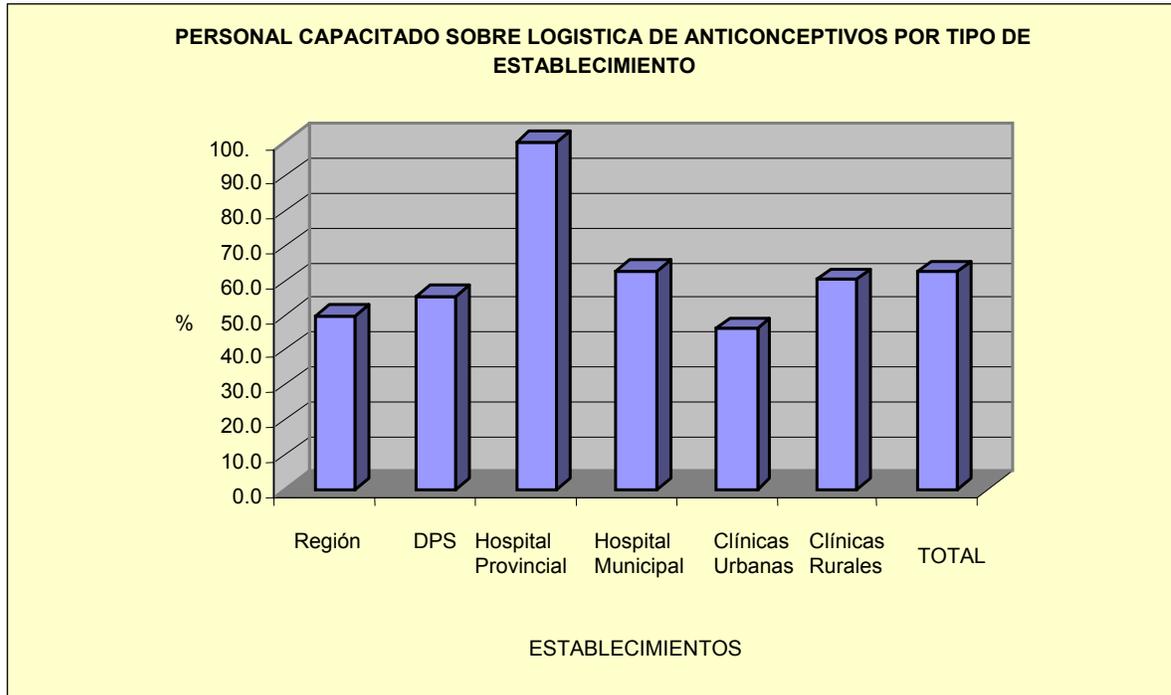
Gráfico 5. Flujo de distribución e información, SESPAS



La Red de Distribución de insumos anticonceptivos, parte del almacén central de CONAPOFA en Santo Domingo, hacia las Regiones. Los Responsables de Almacén de las distintas regiones son los encargados de recoger los insumos. De allí los encargados de las Provincias (DPS) recogen los insumos que necesitan y finalmente de las DPS se distribuyen los insumos hacia los hospitales, clínicas y puestos de salud, a través de el o la encargada del Programa de Salud Reproductiva de cada establecimiento, o de alguna persona designada por el mismo, quienes serán los responsables de proceder a recoger los suministros de las DPS. Existe otro nivel en el sistema logístico que es el de las Direcciones Municipales de Salud (DMS), que están entre el nivel provincial y los servicios (hospitales, clínicas y puestos de salud). Las DMS reciben los insumos anticonceptivos de la DPS y se encargan de distribuirlos a los servicios, no obstante es importante anotar que no en todos los casos las DMS realizan esta labor y en muchos casos los servicios obtienen sus insumos directamente de la DPS. Desde los servicios de salud se hace la distribución de los insumos hacia los usuarios finales.

Capacidad técnica y niveles de capacitación del personal

Gráfico 6



Según el gráfico 6, del personal entrevistado un 60% ha sido capacitado en logística de anticonceptivos (almacenamiento, llenado de formularios, calcular CPM, etc). Lo anterior indica que hace falta una labor de capacitación más intensa dentro de los establecimientos de la Secretaría de Salud, pues si no hay el suficiente personal capacitado, no se podrá tener un sistema logístico que funcione adecuadamente. De acuerdo a las entrevistas realizadas con personal de salud en distintos niveles, se identificó que existe un alto nivel de rotación del personal en las áreas encargadas del manejo de los programas de SR/PF, lo cual hace que personas con un adecuado nivel de conocimiento y capacitación roten hacia otras áreas, sin dar un adecuado nivel de capacitación a las personas que las reemplazan.

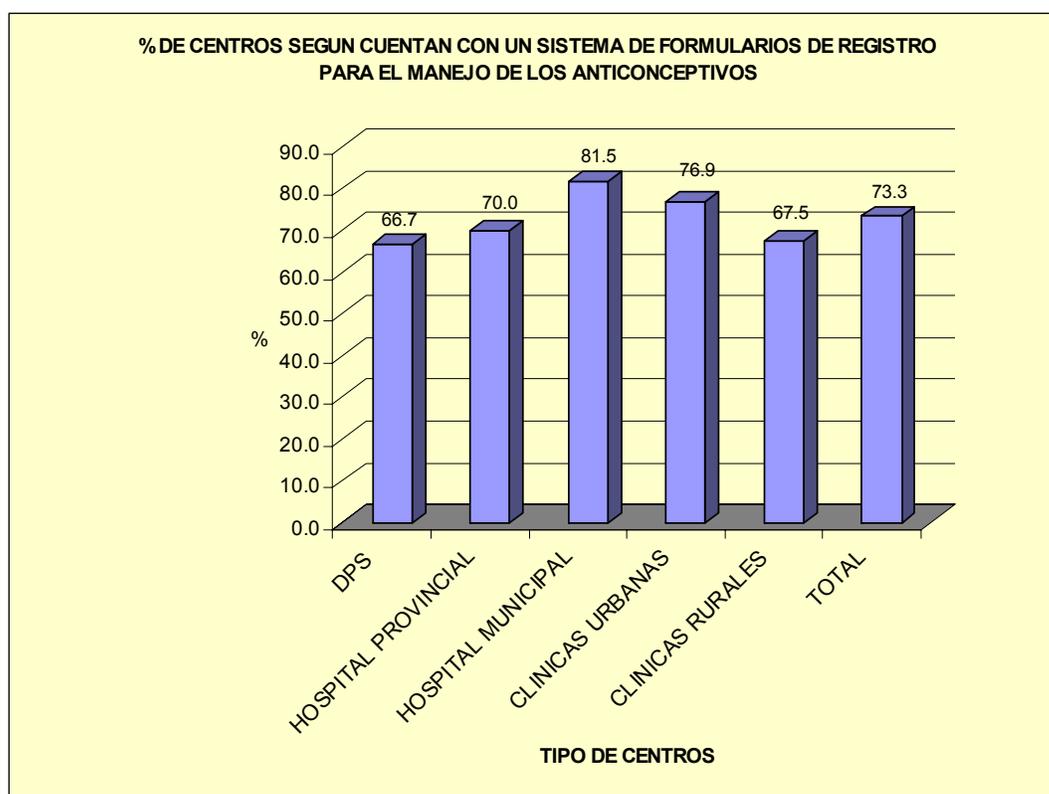
Tabla 6. Personal que cuenta con un Manual de Procedimientos de Administración Logística de Anticonceptivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	16	15.1	15.7	15.7
	NO	86	81.1	84.3	100.0
	Total	102	96.2	100.0	
Perdidos	Sistema	4	3.8		
Total		106	100.0		

Del total de personas encuestadas, se aprecia que solo un 15.7% cuenta con una manual de procedimientos de administración logística de anticonceptivos. Es importante que se cuente con dicho manual en todos los puntos de entrega de servicios pues este es un importante material de referencia y consulta.

Sistema de registro y formularios

Gráfico 7



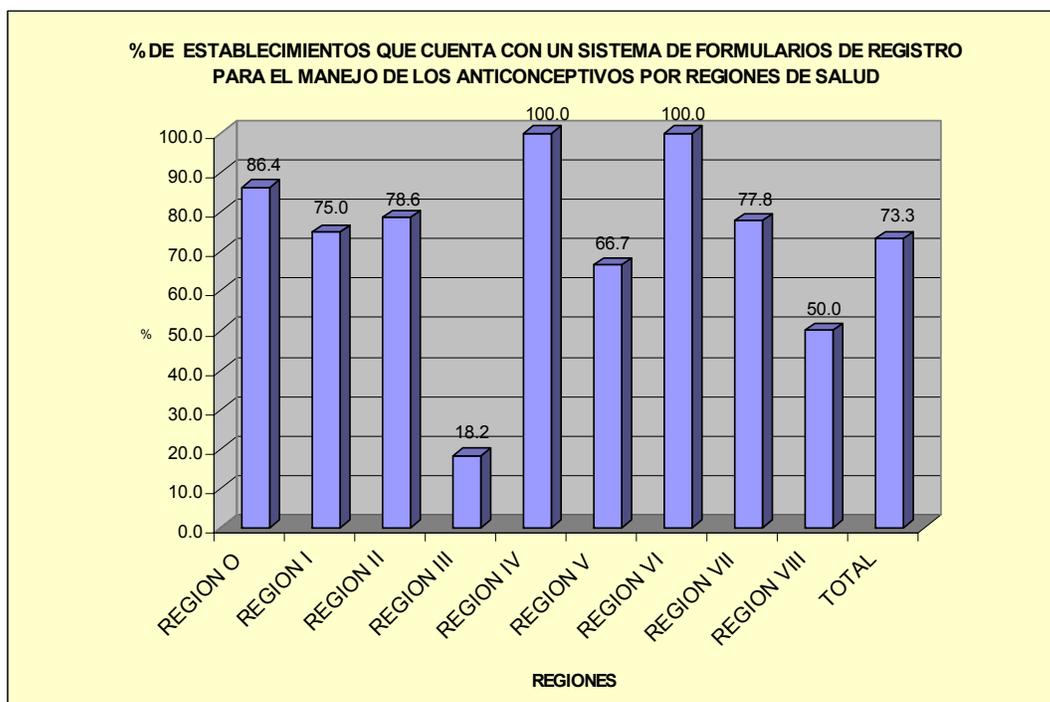
El gráfico 7 muestra el porcentaje de centros de salud que cuentan con un sistema de formularios de registro, en donde un 73.3% de todos los establecimientos visitados manifestaron manejar algún tipo de formulario de registro. Los formularios más utilizados son el Informe Diario y Mensual, el Inventario y Solicitud de Métodos de PF, y el del Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino. Sin embargo, el nivel de utilización del 73.3% es susceptible de ser mejorado, pues de la utilización de los formularios estandarizados por el sistema logístico depende que la información sea completa y consistente.

En el gráfico 8 a continuación, se muestra la utilización de los formularios de registro para el manejo de anticonceptivos por regiones de salud. Se ve que el mayor grado de utilización está en las regiones que son apoyadas por UNFPA, como lo son las regiones IV, VI, VII y O.

Lo anterior no es de extrañar pues el UNFPA presta apoyo para la distribución de formularios del sistema logístico en las regiones mencionadas. Cabe destacar que en las visitas de supervisión, se encontró que los formularios utilizados difieren de una región a otra, es decir, que por ejemplo el Informe Diario y Mensual o el Inventario y Solicitud de Métodos de PF presentan ligeras variaciones de una Región a otra, o a veces incluso de un nivel a otro, dependiendo si son los distribuidos por UNFPA, por la SESPAS o por alguna otra organización de apoyo.

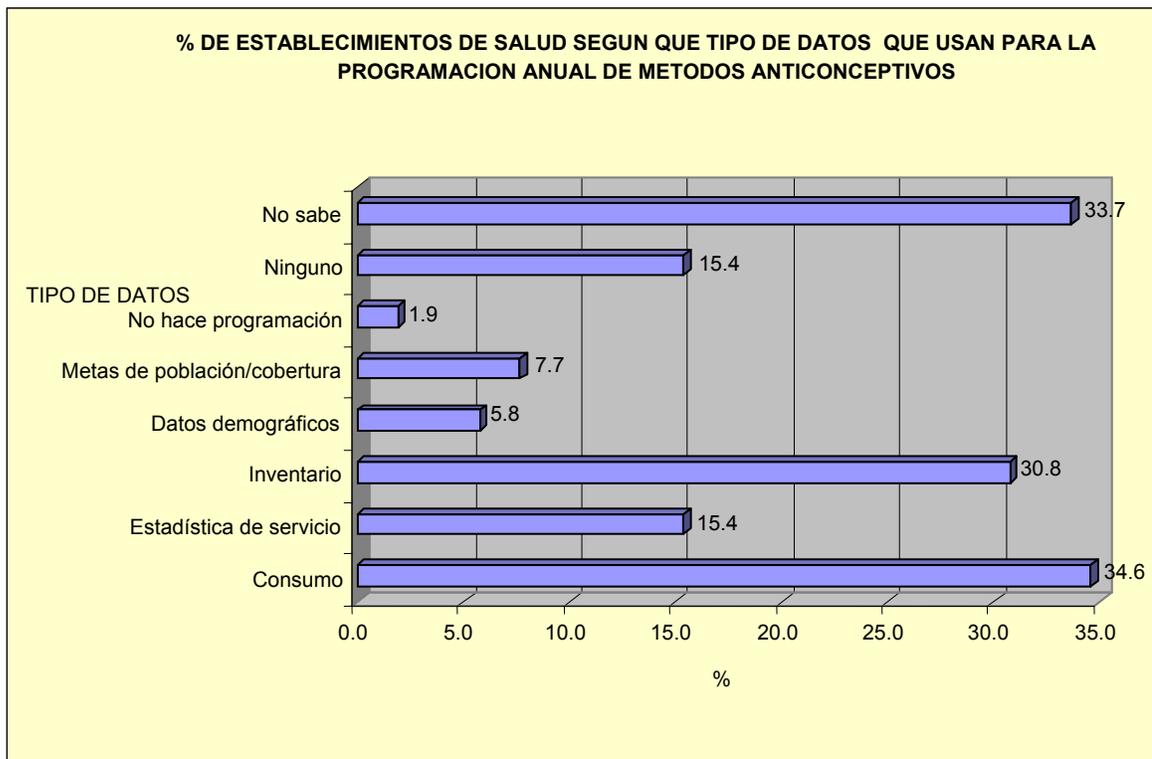
En este aspecto es importante que exista una labor de coordinación entre las diferentes organizaciones que hacen la impresión y distribución de los formularios del sistema logístico pues éstos deben ser estandarizados.

Gráfico 8



En cuanto al tipo de instrumento utilizado para registrar las existencias de métodos, se encontró que el kárdex solo es utilizado en el 9.4% de los establecimientos, mientras que en el 56.3% de los mismos se utiliza un cuaderno o libro récord. Esto constituye un dato muy importante porque la tarjeta kárdex debería ser el instrumento logístico estandarizado para llevar el registro de las existencias; el hecho de llevar dicho registro en un cuaderno que no necesariamente es un instrumento de control logístico estandarizado puede llevar a errores en los registros o a errores de interpretación de los datos que deben ser enviados a los niveles superiores.

Gráfico 9

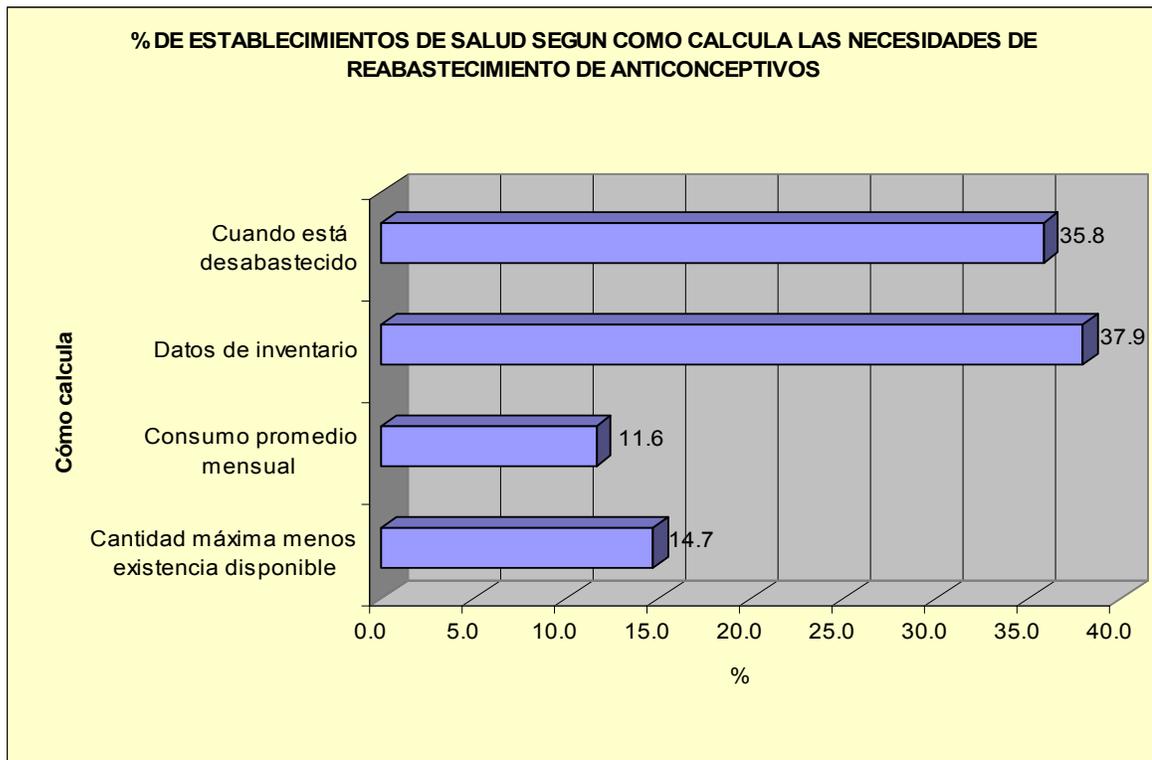


El gráfico 9 es bastante revelador pues muestra qué tipo de datos se usan en los establecimientos para la programación de métodos anticonceptivos. En el mismo se puede apreciar que hay grandes falencias en este punto, pues en el 33.7% de los casos se mencionó que no sabe qué tipo de datos se utilizan y en el 15.4% se manifestó que no se utilizan datos para hacer dicha programación; dicho gráfico lleva a interpretar que la programación es errónea en la mayoría de los casos, lo cual tiene grandes implicaciones para el sistema logístico porque sin una programación adecuada no se podrán mantener niveles adecuados de inventarios para satisfacer la demanda potencial de insumos, habrá ineficiencias en el servicio y será muy difícil cumplir el objetivo de entregar las cantidades adecuadas de los insumos que se necesiten en los centros de salud.

Por otra parte trae problemas al sistema logístico porque se hace muy difícil para los niveles superiores calcular las cantidades que el sistema debe entregar y adquirir.

Datos utilizados para calcular cantidad de anticonceptivos a reabastecer

Gráfico 10



En cuanto a las necesidades de reabastecimiento de anticonceptivos, se aprecia que un porcentaje importante de los establecimientos, es decir el 35.8% espera hasta estar desabastecido para calcular las necesidades de reabastecimiento; es decir, que en esos establecimientos no se manejan los niveles mínimos de existencias, lo cual crea grandes problemas en el servicio pues hay períodos en que no tienen existencias para satisfacer la demanda.

Igualmente, se aprecia que en el 37.9% de los establecimientos se utilizan datos de inventario para calcular las necesidades de reabastecimiento, es decir que en estos establecimientos se basan en la cantidad de insumos que tienen en inventario para calcular sus necesidades, pero esto en realidad corresponde más a un criterio subjetivo de la persona encargada del almacén, porque no se tienen en cuenta conceptos técnicos como consumo promedio mensual o cantidades máximas y mínimas para hacer los pedidos.

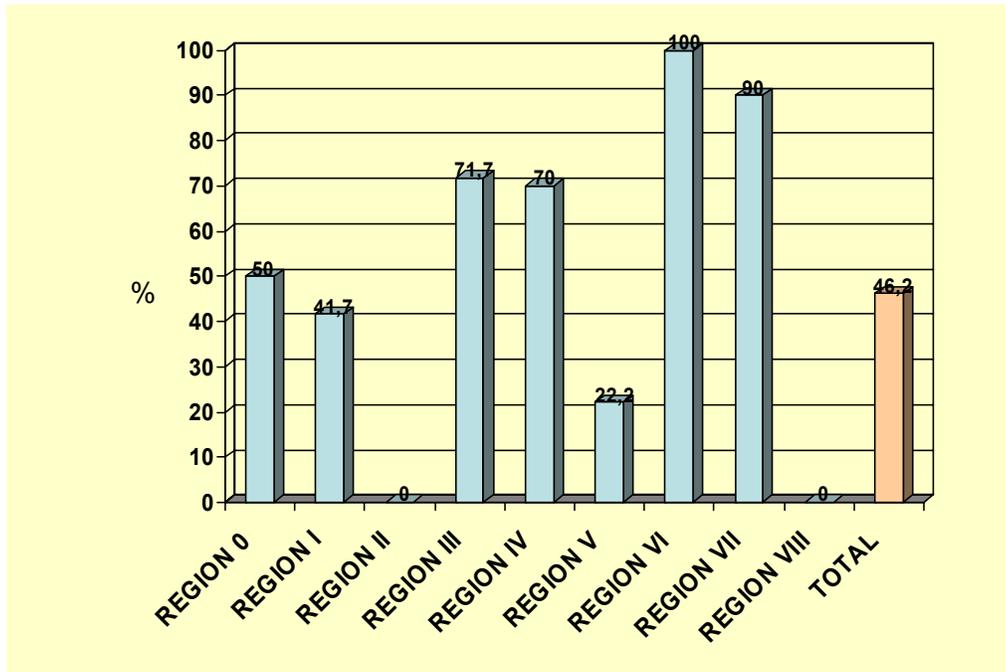
Como consecuencia de todo lo anterior, se puede apreciar cómo solamente en el 11.6% de los establecimientos se tiene en cuenta el consumo promedio mensual, y solo en el 14.7% de los establecimientos

se hace el cálculo de la cantidad máxima menos las existencias disponibles, considerándose ésta la forma técnica correcta de realizar dicho cálculo.

Cantidades solicitadas comparadas con las cantidades recibidas

Gráfico 11

% DE ESTABLECIMIENTOS QUE RECIBEN LA CANTIDAD DE INSUMOS QUE SOLITAN POR REGIONES DE SALUD



En cuanto al porcentaje de establecimientos que reciben la cantidad de insumos que solicitan por regiones, se aprecia que los mejores indicadores están en las regiones VI y VII, en las cuales hay cubrimiento por parte del UNFPA, y se aprecian niveles críticos en las regiones II y VIII. En cuanto a la región III, esta estuvo desabastecida por mas de 4 años, por lo tanto parece ilógico los resultados que muestran que mas del 70% de los establecimientos de esa región recibe los insumos que solicitan, pero debe interpretarse en el contexto de que en las pocas ocasiones que hicieron algún pedido, recibieron los insumos solicitados. El total del 46.2% de los establecimientos que manifestaron recibir los insumos que solicitan, evidencian el grado de desabastecimiento en el que se encuentra el sistema a nivel general.

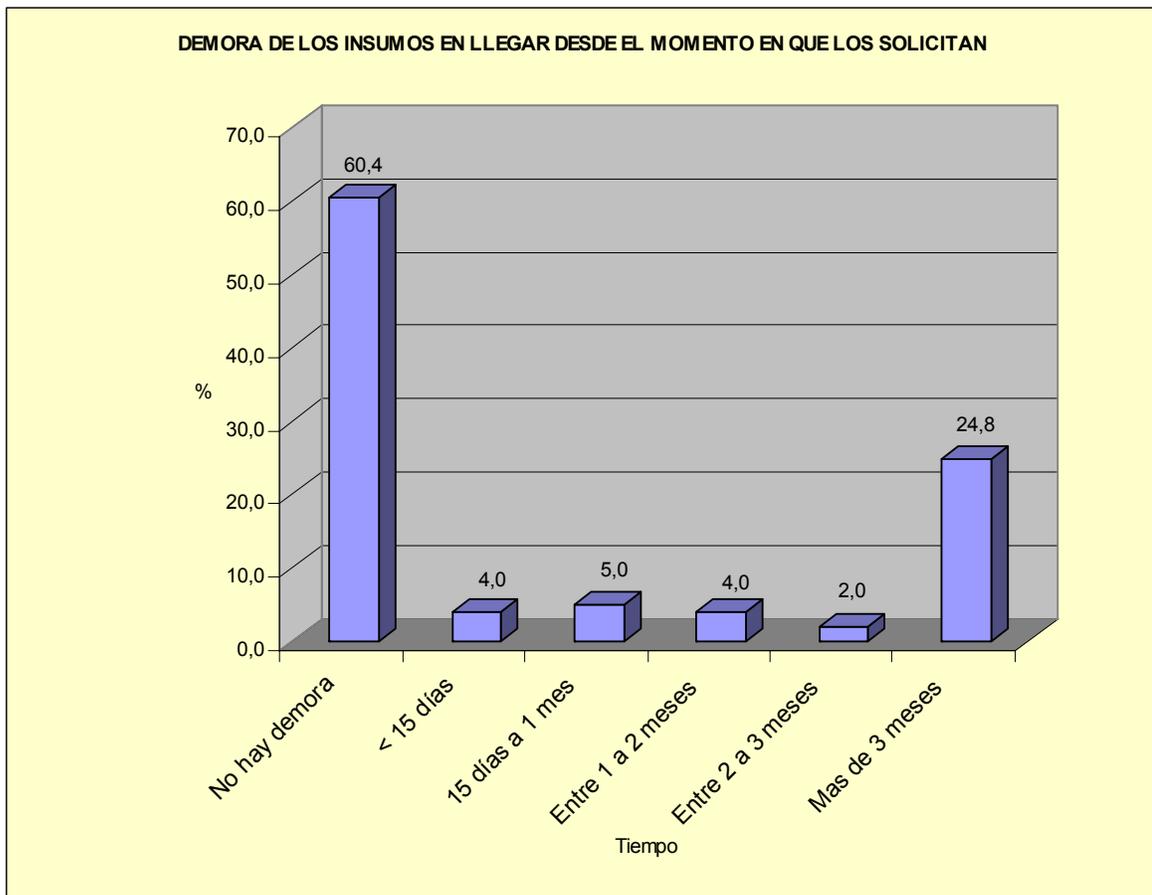
La Tabla 7 muestra que al preguntarse por el motivo por el cual los establecimientos no reciben los insumos que solicitan, el 89.8% de los encuestados manifestó que es porque nunca hay existencia en el nivel provincial o porque no hay suficientes insumos, lo cual de nuevo, refleja el grado de desabastecimiento del sistema en general.

Tabla 7. Razones por las que no recibe la cantidad de insumos que solicita

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca hay en existencia en la provincial	23	41.8	46.9	46.9
	No hay suficientes insumos	21	38.2	42.9	89.8
	En la DPS no se estaba llevando el programa	3	5.5	6.1	95.9
	No han solicitado por 2 años	1	1.8	2.0	98.0
	Depende de la cantidad que tenga en existencia	1	1.8	2.0	100.0
	Total	49	89.1	100.0	
Perdidos	Sistema	6	10.9		
Total		55	100.0		

El gráfico 12 ilustra el tiempo que se demoran los insumos en llegar hasta el establecimiento desde el momento en que se solicitan, y se observan dos casos extremos, pues mientras el 60.4% manifestó que no hay demora (cuando los reciben), un porcentaje importante de 24.8% manifestó que la demora puede ser de más de tres meses.

Gráfico 12



En los establecimientos de salud, los encargados del Programa de Salud Reproductiva deben desplazarse hasta las DPS para recoger los insumos. Como se puede ver en el siguiente cuadro, del total de establecimientos visitados, 53.4% de ellos proceden de esta manera. En otros casos los insumos son recogidos por un mensajero s son llevados directamente por el nivel superior.

Limitaciones en el transporte de los anticonceptivos

Como se puede ver igualmente en la Tabla 8, el 15% de los establecimientos entrevistados manifestaron tener problemas con el transporte de los insumos anticonceptivos por no tener vehículo, y el 14% tienen problemas por falta de recursos para pagar un pasaje, pues en los establecimientos que no cuentan con vehículo propio, el encargado de recoger los insumos debe transportarlos en vehículos de servicio público, pagando los pasajes de su propio bolsillo pues en los establecimientos no hay un fondo destinado a transporte.

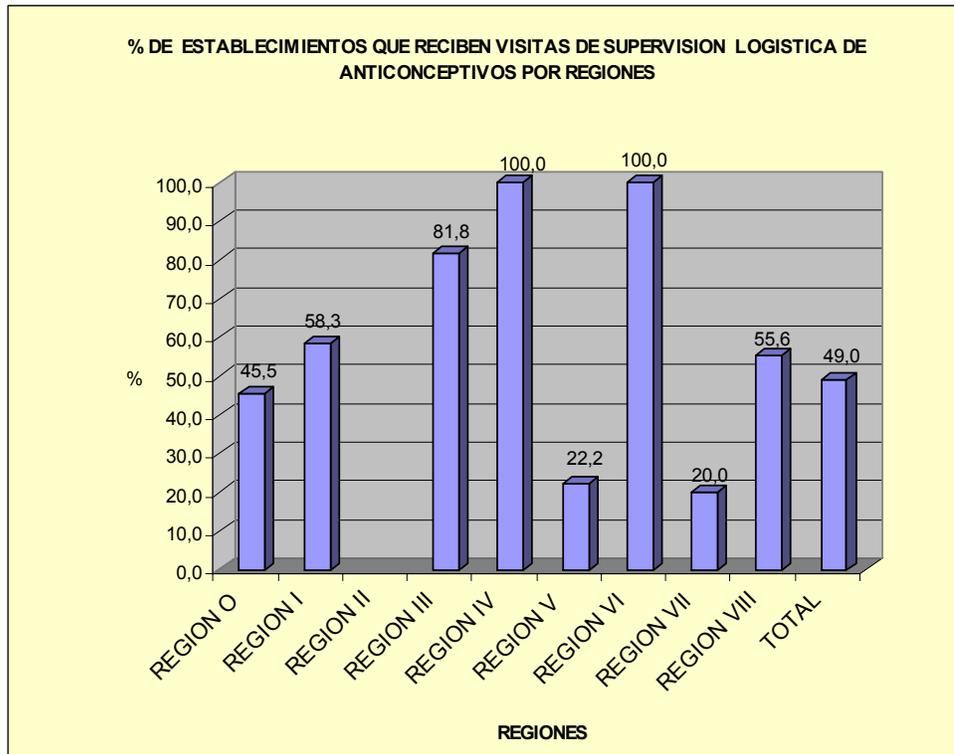
Tabla 8. Medios de transporte de los anticonceptivos

Quien es el responsable del transporte de productos	Total	%
El Encargado de Almacén los recoge	4	3.9
La Encargada del Programa de Salud Reproductiva los recoge	55	53.4
El nivel superior los trae al establecimiento	15	14.6
Un mensajero	17	16.5
Un servicio de encomienda	9	8.7
La Educadora	14	13.6
Enfermera	8	7.8
Administrador provincial	1	1.0
Chofer de ambulancia	2	1.9
Nadie	1	1.0
Supervisor de promotores	1	1.0
Cualquier persona del establecimiento	2	1.9
Total (Base 103 establecimientos)	103	100.0
Cuales son los problemas mas frecuentes para transporte	Total	%
Falta de vehículo	15	62.5
Falta de fondos para contratar vehículo	11	45.8
Falta de mantenimiento del vehículo	4	16.7
Falta de recursos para combustible	5	20.8
Falta de recursos para pagar un pasaje	14	58.3
Falta de fondos para viáticos	10	41.7
Otro	3	12.5
Total (Base 24 establecimientos)	24	100.0

Monitoreo y supervisión logística de anticonceptivos

En cuanto al monitoreo y supervisión logística de anticonceptivos, el gráfico 13 se aprecia que las regiones en donde se realizan más visitas de supervisión son la IV y la VI. Lo anterior se puede explicar, de nuevo, porque en estas regiones el UNFPA tiene presencia y da apoyo a los programas de SR/PF, no solamente entregando insumos, sino también haciendo entrega de papelería, formularios, haciendo visitas de supervisión y haciendo dotación de vehículo para transporte de personal e insumos.

Gráfico 13



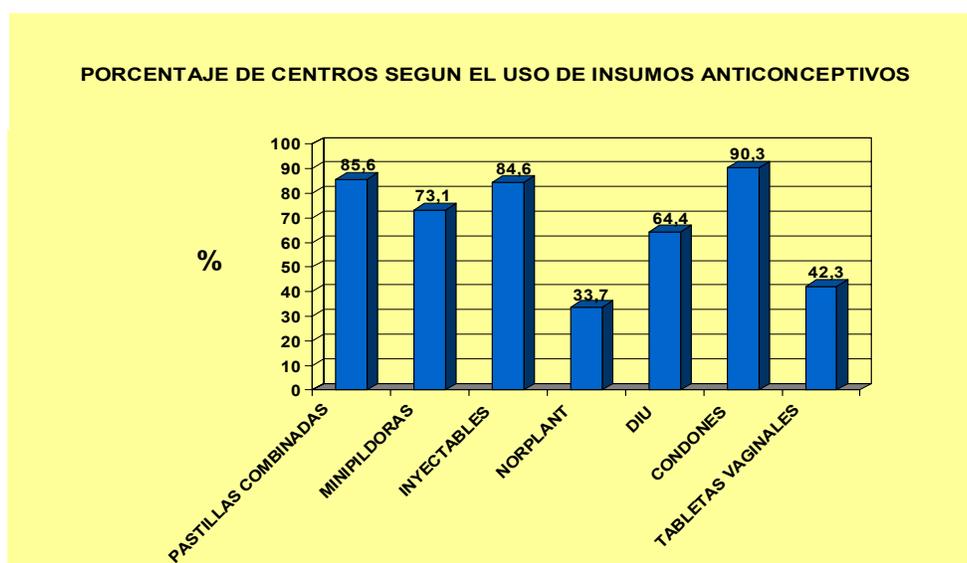
Niveles de disponibilidad de anticonceptivos afectan el uso continuo de métodos anticonceptivos

Actualmente en República Dominicana, UNFPA presta apoyo en cuanto a donaciones de anticonceptivos en algunas provincias de las Regiones de Salud 0, IV, VI y VII. Las demás Regiones deben ser cubiertas por la SESPAS, pero a nivel central no se tienen las suficientes cantidades de insumos para cubrir las necesidades reales de anticonceptivos en dichas regiones.

Al tratarse de un sistema de salud *centralizado*, los desabastecimientos al interior del programa, ocasionan que todos los niveles se encuentren desabastecidos, generando de esta manera una significativa demanda insatisfecha. Por otro lado, el problema de desabastecimientos ocasiona que la información plasmada en el instrumento logístico empleado por los establecimientos de salud, no manifieste las necesidades reales, ya que al haber desabastecimiento se distorsiona el consumo y de esta manera se distorsionan también las estimaciones que se pudieran

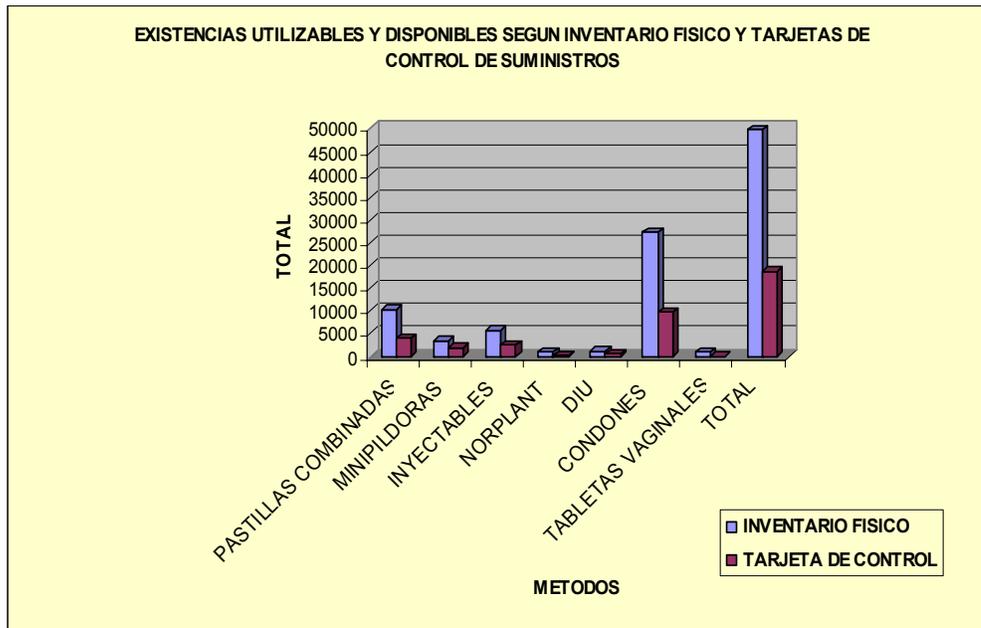
hacer, primero en los establecimientos de salud y como consecuencia de ello, en el nivel central.

Gráfico 14. Anticonceptivos más utilizados en la entrega de Servicios de salud



De los establecimientos visitados, vemos que los métodos anticonceptivos más utilizados para la entrega en establecimientos son los condones con 90.3%, pastillas combinadas 85.6% y minipíldoras 73.1%, mientras que los métodos anticonceptivos menos utilizados son el Norplant y las tabletas vaginales.

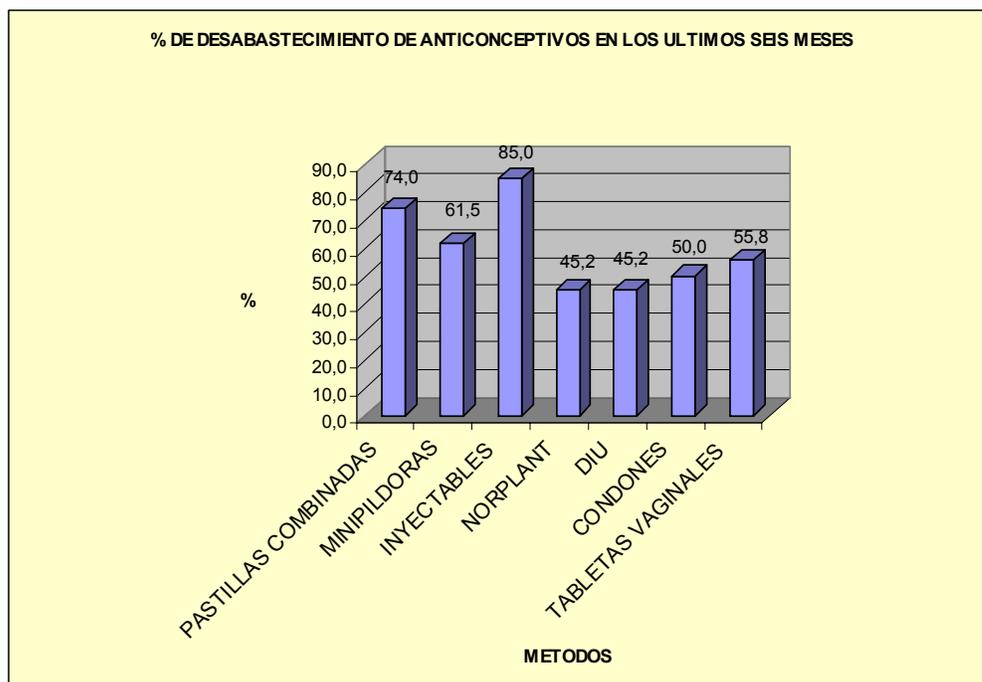
Gráfico 15. Existencias según inventario físico versus Existencias en Kárdex, al momento de la visita



Este gráfico muestra el nivel de coincidencia entre el inventario físico al momento de la visita, y el inventario reportado en la tarjeta kárdex, por tipo de insumo. Como se puede ver en el total, al momento de la visita se contabilizaron 49.536 unidades haciendo el inventario físico, mientras que en las tarjetas de control de suministros o kárdex aparecía un total de 18.648 unidades en existencia, lo que nos indica un enorme grado de discrepancia entre las existencias reales y las reportadas. Lo anterior nos indica que los instrumentos de control de inventarios no están siendo bien elaborados y en general no cumplen el propósito de servir como indicadores de las existencias disponibles en los distintos niveles.

Niveles de desabastecimiento en los últimos 6 meses

Gráfico 16

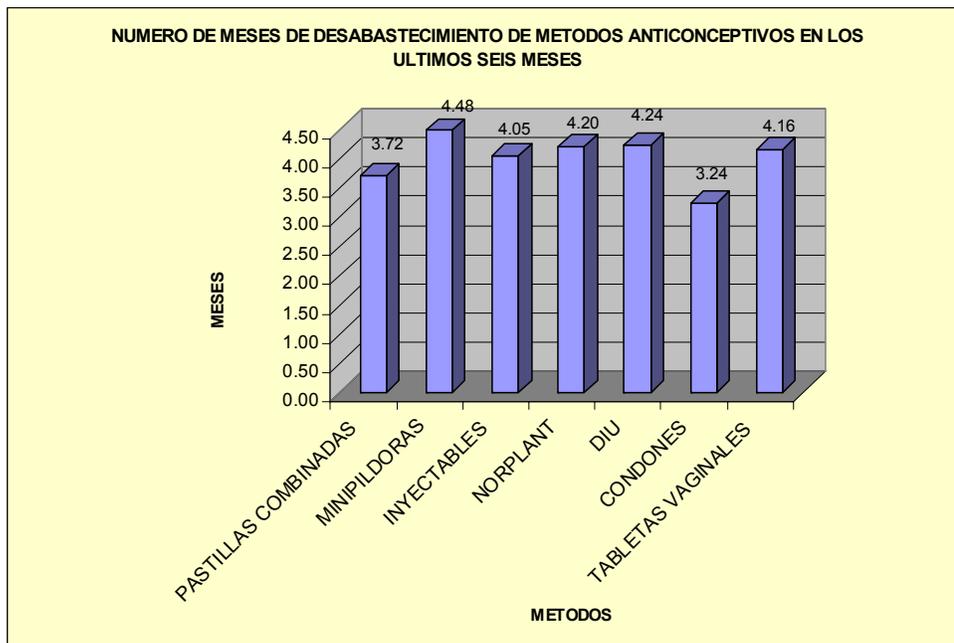


Los desabastecimientos más importantes durante los últimos seis meses, se registraron para los inyectables con un 85%, esto quiere decir que de todos los establecimientos visitados, el 85% presentó desabastecimiento de este insumo en los últimos seis meses. Otros insumos con un alto porcentaje de desabastecimiento fueron las pastillas combinadas 74% y las Minipíldoras en el 61.5% de los establecimientos.

El problema de los frecuentes desabastecimientos, no sólo ocasiona que exista disminución de la oferta, demanda insatisfecha, que finalmente se traducen en usuarias que pierden la posibilidad, en primera instancia de contar con un método anticonceptivo moderno y luego la posibilidad de elegir, ya que están sujetas a la oferta que pueda hacer la SESPAS, sobre todo en la población con menores recursos, población que difícilmente puede invertir en salud.

Duración del desabastecimiento

Gráfico 17



El tiempo de desabastecimiento de insumos anticonceptivos es bastante elevado para todos los métodos, pues por ejemplo para el caso de las minipíldoras, de los últimos seis meses los establecimientos han estado desabastecidos en promedio durante 4.48 meses (es decir cuatro meses y medio en promedio).

La tabla 9 muestra el porcentaje de los establecimientos que cumplen con las condiciones generales de almacenamiento de los insumos anticonceptivos, al momento de las visitas.

Tabla 9. Condiciones de almacenamiento

CUADRO DE LAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO	%
Cajas y envases identificados de manera visible con fecha de vencimiento	41.5
Productos más próximos a vencerse ubicados en primer plano	29.2
El empaque y todos los productos están en buen estado	68.9
Los insumos vencidos y dañados están apartados y dados de baja	22.6
Las cajas están protegidas de la luz directa del sol	71.7
Las cajas están protegidas contra la humedad y goteras	71.7
El lugar de almacenamiento es seguro	65.1
El almacén se mantiene limpio	69.8
El almacén cuenta con estantes o tarimas suficientes	27.4
El almacén cuenta con espacio suficiente para almacenamiento	34.9
Productos separados de los insecticidas y otros productos químicos	59.4

En general las condiciones de almacenamiento halladas no fueron adecuadas, pues en promedio solo el 51.1% de los establecimientos visitados cumplen con las pautas de almacenamiento.

Dentro de los aspectos más positivos se encontró que las cajas se encuentran protegidas de la luz directa del sol y de humedad y goteras, así como la limpieza de los almacenes. No obstante, se encontraron aspectos desfavorables, como lo es el hecho de que en pocos almacenes los insumos próximos a vencerse están ubicados en primer plano, aunque esto no necesariamente indica una mala práctica de almacenamiento, sino que puede ser el reflejo de que el índice de insumos dañados o vencidos es muy bajo como consecuencia del desabastecimiento general bajo el cual se encuentra el sistema, que hace que las cantidades de inventarios en los almacenes sean pequeñas y se agoten fácilmente. Otro aspecto negativo es que en muchos casos existe poco espacio para almacenamiento.

VI. Resumen de Hallazgos, Recomendaciones

En esta sección se encuentra un resumen de hallazgos del presente diagnóstico, así como las recomendaciones sugeridas para superar las debilidades encontradas en el sistema logístico.

Hallazgos

1. Manual de Procedimientos. El 84.3% de los establecimientos no cuenta con un manual de procedimientos de administración logística de anticonceptivos. El personal de salud brinda orientación y consejería a la población, pero no cuenta con un Manual de Procedimientos que plasme los protocolos a seguir y que además permita despejar dudas y sirva al mismo tiempo de guía para la prestación de servicios de planificación Familiar.

2. Utilización del dato de consumo real. El hecho de no tomar en cuenta el consumo real para las programaciones, así como la falta de un control de inventarios en base a máximos y mínimos y la utilización inadecuada de tarjetas kárdex, ocasiona que existan no solo una mala distribución, sino también un desconocimiento de las existencias reales al interior del sistema de suministros.

3. Utilización oportuna de registros de existencias. Debido a la falta de Registros de Existencias (Kardex) actualizados, tanto en Regiones, en Áreas como en las Unidades de Salud, no fué posible conocer la cantidad exacta de medicamentos e insumos anticonceptivos que se dieron de baja del sistema por daño o vencimiento, aunque como se dijo en el informe, de acuerdo a lo manifestado por los responsables del manejo de éstos, las cantidades vencidas no fueron considerables.

4. Ausencia de niveles máximos y mínimos para manejar los inventarios y solicitudes. En general, los establecimientos visitados no conocen o manejan los niveles máximos y mínimos de existencias, ya que para la elaboración de sus solicitudes toman en cuenta otras variables como por ejemplo la programación hecha con base en metas de cobertura esperadas; el no tomar en cuenta las cantidades reales consumidas y las existencias máximas y mínimas necesarias para dar respuesta a dicho consumo, causa que se produzca desbalances en la distribución de los mismos.

5. Datos poco confiables para hacer una adecuada estimación de necesidades. La estimación de necesidades de medicamentos e

insumos anticonceptivos se hace a nivel del almacén central y es elaborada por el personal encargado del almacén en Diciembre de cada año, con base en la información de consumo que ésta recibe de las Regiones Sanitarias. El nivel central utiliza los pedidos históricos reportados por las regiones para solicitar nuevos insumos y no toman en cuenta el consumo real, agravándose esto con el hecho que los reportes de existencias disponibles en los diferentes niveles no son fidedignos debido al poco uso de herramientas de registro confiables.

6. Constantes desabastecimientos distorsionan la demanda real. Los problemas de desabastecimiento hacen que los datos reportados no reflejen la demanda insatisfecha, y esto hace que se produzca una distorsión en la estimación real de las necesidades de insumos.

7. Diversidad de formularios no permite recolección correcta de datos. El nivel de utilización de los formularios de registro es susceptible de ser mejorado, pues de la utilización de los formularios estandarizados por el sistema logístico depende que la información sea completa y consistente. Durante las visitas de supervisión se encontró que los formularios no coinciden en las distintas regiones (hay divergencias por ejemplo entre los formularios distribuidos por CONAPOFA y los distribuidos por UNFPA).

8. Uso inadecuado o inexistente de la tarjeta kárdex. La tarjeta kárdex debería ser el instrumento logístico estandarizado para llevar el registro de las existencias; el hecho de llevar dicho registro en un cuaderno que no necesariamente es un instrumento de control logístico estandarizado puede llevar a errores en los registros o a errores de interpretación de los datos que deben ser enviados a los niveles superiores.

9. Pocos establecimientos reciben la cantidad que solicitan. El total del 47.1% de los establecimientos que manifestaron recibir los insumos que solicitan, evidencian el grado de desabastecimiento en el que se encuentra el sistema a nivel general.

. Situación general de la institución. Los problemas logísticos detectados en los establecimientos se resumen de la siguiente manera:

- Poca o deficiente capacitación
- Desabastecimiento. El 89.8% de los encuestados manifestó que enfrentan desabastecimiento porque la provincia está desabastecida o porque no hay suficientes insumos (racionamiento)
- Insuficiente supervisión y monitoreo

- Formularios para recolección de datos logísticos y metodología para estimación de necesidades no estandarizados.
- Alta rotación de recursos humanos para manejar el programa.
- Insuficiente espacio físico
- El personal del almacén no está capacitado en herramientas para estimación de necesidades (como por ejemplo el software PipeLine). Sin embargo, son los encargados de hacer dichas estimaciones.

Recomendaciones

En general, para mejorar el Sistema Logístico vigente es necesario:

- Estandarizar el sistema de información y estimación de necesidades a todo nivel. Es importante que exista una labor de coordinación entre las diferentes organizaciones que hacen la distribución de los formularios del sistema logístico pues estos deben ser estandarizados.
- Incrementar el número de RRHH capacitados en el manejo del SIAL tanto a nivel central como operativo.
- Garantizar el abastecimiento de medicamentos e insumos anticonceptivos.
- Contar con material educativo y de promoción disponible, para promover la elección informada.
- Incrementar los recursos financieros que permitan implementar las recomendaciones mencionadas anteriormente, en lo referente a RRHH, su capacitación, el abastecimiento adecuado de medicamentos e insumos y materiales educativos.

ANEXOS

ANEXO 1

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Por su naturaleza el estudio es exploratorio y descriptivo y permitirá establecer una línea de base para el monitoreo y seguimiento del programa de planificación familiar a nivel nacional.

Universo: Estará conformado por todos los establecimientos de salud de SESPAS, IDSS, FFAA, clínicas privadas, farmacias y ONGs con programas de planificación familiar.

Tipo de muestra: Probabilística. La selección de los centros de salud se realizará de manera sistemática a partir del marco muestral correspondiente al listado de establecimientos que ofrecen servicios de planificación familiar.

Tamaño de la Muestra: Se realizará una encuesta de centros de salud con programas de planificación familiar a nivel nacional con representatividad de los centros de salud correspondiente a SESPAS, IDSS, FFAA, Clínicas Privadas, Farmacias, ONGs con programas de planificación familiar.

El tamaño de la muestra fue calculado a partir de la metodología estadística:

$$n_o = \frac{z^2 p \times q}{E^2} \qquad n = \frac{n_o}{1 + (n_o/N)}$$

Donde

n_o = Tamaño de la muestra no corregida

n = tamaño de la muestra corregida en función del factor de ponderación para poblaciones finitas.

Z = nivel de significancia estadística (95%)

E = Máximo error permitido (4.5%)

P = Proporción de centros que se estima tienen la característica de interés en la población (0.90)

q = Proporción de centros que se estima no tienen la característica de interés en la población (0.10)

N = Total de centros públicos con servicios de planificación familiar (763)

$$n_o = \frac{1.96^2 \times 0.90 \times 0.10}{(0.045)^2} = 171 \quad n = \frac{171}{1 + (171/763)} = 140$$

centros

El total de centros de salud a seleccionar es de 140 a nivel nacional. Se hará una selección de centros con PPT, es decir con una probabilidad proporcional al número de establecimientos de salud con programas de planificación familiar estimados de acuerdo a su peso regiones de salud

Para la selección de los centros de salud en el sector público, se partió del criterio de darle mayor probabilidad de selección a los establecimientos de mayor complejidad los cuales ofertan las mayores coberturas de estos servicios. En este sentido, serán seleccionados con probabilidad de un 50 por ciento a las sedes regionales, 25 por ciento de las DPS y/o Areas de Salud (en el caso de la Provincia de Santo Domingo), 33% de los hospitales provinciales, 22% de los hospitales municipales, el 30 por ciento de las clínicas periféricas y un 10% de las clínicas rurales.

Asimismo serán seleccionados en cada provincia (con excepción de Santo Domingo y Santiago) la farmacia de mayor tamaño y una clínica privada donde se le aplicará el cuestionario a todas las áreas de ginecología. En Santo Domingo y Santiago se aplicará a dos farmacias y dos centros privados.

ANEXO 2

RELACION DEL NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS A SELECCIONAR POR TIPO

ESTABLECIMIENTOS	TOTAL
REGIONES	4
DPS y/o AREAS	10
HOSP. PROVINCIALES (50%)	14
HOSP. MUNICIPALES (30%)	20
CLINICAS URBANAS (10%)	14
CLINICAS RURALES (10%)	45
CLINICAS Privadas	17
Farmacias	10
ONGs	6
TOTAL	140

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR REGIONES Y TIPO DE CENTROS DEL SECTOR PUBLICO (SESPAS e IDSS)

REGIONES	REGIONES		DPS		HOSP. PROVINCIAL		HOSP. MUNICIPAL		CLINICAS URBANAS		CLINICAS RURALES		TOTAL CENTROS	
	TOTAL	ni	TOTAL	ni	Total	ni	Total	ni	Total	ni	Total	ni	Total	ni
REGION O	1		10	3	12	4	18	4	26	8	44	4	112	22
REGION I	1		4	1	3	1	10	2	2	1	77	6	96	11
REGION II	1		3	1	4	1	18	4	10	3	77	6	117	15
REGION III	1		4	1	4	1	10	2	0	0	81	7	99	11
REGION IV	1		4	1	4	1	8	2	2	1	43	4	61	8
REGION V	1		5	1	5	2	8	2	3	1	61	5	81	11
REGION VI	1		2	1	2	1	5	1	1	0	31	3	41	5
REGION VII	1		4	1	4	1	9	2	0	0	57	5	74	9
REGION VIII	1		3	1	4	1	7	2	2	1	65	5	82	10
TOTAL	9	4	39	10	42	14	93	20	46	14	536	45	763	103

REGIONES SELECCIONADAS

CENTROS	MUNICIPIOS
REGION I	SAN CRISTOBAL
REGION IV	BARAHONA
REGION II	SANTIAGO
REGION V	SAN PEDRO DE MACORIS

DPS SELECCIONADAS

CENTROS	MUNICIPIOS
REGION O	
AREA I	SANTO DOMINGO
AREA IV	SANTO DOMINGO
AREA V	SANTO DOMINGO
REGION I	
PERAVIA	BANI
REGION II	
SANTIAGO	SANTIAGO
REGION III	
DUARTE	SAN FRANCISCO
REGION IV	
BARAHONA	BARAHONA
REGION V	
HATO MAYOR	HATO MAYOR
REGION VI	
SAN JUAN DE LA MAGUANA	SAN JUAN
REGION VII	
MAO	MAO
REGION VIII	
SANCHEZ RAMIREZ	COTUUI

**RELACION DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD
SELECCIONADOS**

CENTROS	MUNICIPIOS
REGION O	
Hospitales Provinciales	
1. Maternidad Nuestra Sra. De la Altagracia	Dist. Nacional
2. Maternidad San Lorenzo de los Mina	Dist. Nacional
3. Hosp. Moscoso Puello	Dist. Nacional
4. Hosp. de la Mujer Dominicana	Dist. Nacional
Hosp. Municipales	
1. Mata Hambre	Santo Domingo
2. Engombe	Santo Domingo
3. Los Alcarrizos I	Santo Domingo
4. Monte Plata	Monte Plata
Clínicas Urbanas	
1. La Ciénaga	Dist. Nacional
2. Villa Consuelo	Dist. Nacional
3. Los Guandules	Dist. Nacional
4. Hoyo de Chulin	Dist. Nacional
5. Juan Pablo Duarte	Santo Domingo
6. Ensanche Quisqueya	Dist. Nacional
7. Villa Consuelo	Dist. Nacional
8. Los Mameyes	Santo Domingo
Clínicas Rurales	Santo Domingo
1. Sabana Perdida	Santo Domingo
2. Boca Chica	Boca Chica
3. San Luis	Santo Domingo
4. La Isabela I	Santo Domingo

**RELACION DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD
SELECCIONADOS**

REGION I

CENTROS	MUNICIPIOS
Hosp. Provinciales	
1. Hosp.. Simón Striddel	Azua
Hosp. Municipales	
1. Hosp. Municipal Villa Altagracia	Villa Altagracia
2. Hosp. Nuestra Sra. De la Altagracia IDSS	San Cristóbal
Clínicas Urbanas	
1. Clinica Urbana San Cristóbal	San Cristóbal
Clínicas Rurales	
1. Cr. Los Jovillos	Azua
2. C.R Fundación Sab. Buey.	Peravia
3. El Carretón	Peravia
4. C. R. Doña Ana	San Cristóbal
5. C.R. Ingenio Haina	San Cristóbal
6. Najayo Arriba	San Cristóbal

**RELACION DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD
SELECCIONADOS**

REGION II

CENTROS	MUNICIPIOS
Hospitales Provinciales	
1. Hospital Regional Cabral y Báez (Regional)	Santiago
Hosp. Municipales	
1. Jánico	pánico
2. Licey al Medio	Licey al Medio
3. Dolores de la Cruz	Puerto Plata
4. Hosp.. Presidente Estrella Ureña (IDSS)	
Clínicas Urbanas	
1. Clínica Periférica Bella Vista	Santiago
2. Clínica Periférica Ensanche Libertad	Santiago
3. Los Ciruelillos	Santiago
Clínicas Rurales	
1. C. R. Hoyo de Bartola	Santiago
2. C.R. El Platanal	Santiago
3. Cr. El Guano	Santiago
4. Cr. Las Canelas	Santiago
5. Cr. Rincón de Piedra	Santiago
6. Cr. Los Brazos	Espailat

**RELACION DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD
SELECCIONADOS**

REGION III

CENTROS	MUNICIPIOS
Hospitales Provinciales	
1. Hosp.. San Vicente de Paul (Regional)	San Francisco
Hospitales Municipales	
1. Hosp.. Mun. Villa Tapia	Villa Tapia
2. Hosp.. Francisco Lavandier IDSS	San Francisco
Clínicas Rurales	
1. Cr. Arenoso	San Francisco
2. Cr. Genimo	San Francisco
3. Cr. La Peña	San Francisco
4. Cr. Naranja Dulce	San Francisco
5. Cr. El Papayo	Nagua
6. C. R. Los Puentes	Salcedo
7. C. R. Las Terrenas	Samaná

**RELACION DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD
SELECCIONADOS**

REGION IV

CENTROS	MUNICIPIOS
Hospitales Provinciales	
1. Hosp. Reg. Jaime Mota	Barahona
Hospitales Municipales	
1. Hosp.. Mun. Tamayo	Tamayo
2. Hosp.. Jaime Sánchez (IDSS)	Barahona
Clinicas Urbanas	
1. Clínica Periférica Camboya	Barahona
Clínicas Rurales	
1. Cr. Copa Bombita	Barahona
2. Cr. Los Cocos.	Barahona
3. Cr. El Limón	Independencia
4. Cr. Venga A Ver	Independencia

**RELACION DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD
SELECCIONADOS**

REGION V

CENTROS	MUNICIPIOS
Hospitales	
1. Hosp.. Regional Antonio Musa	San Pedro
2. Hosp.. Nuestra Sra. De la Altagracia	Higüey
Hospitales Municipales	
1. Hosp.. Mun. San Rafael del Yuma	San Rafael
2. Hosp.. Oliver Pino (IDSS)	San Pedro
Clínicas Urbanas	
Clínica Periférica Barrio Japón	San Pedro
Clínicas Rurales	
1. Cr. Don López	Hato Mayor
2. Cr. Las Cuchillas	El Seibo
3. Cr. El Salado	La Altagracia
4. Cr. Guaymate	Guaymate
5. Cr. Quisqueya	San Pedro

**RELACION DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD
SELECCIONADOS**

REGION VI

CENTROS	MUNICIPIOS
Hospitales	
1. Hosp. Alejandro Cabral	San Juan
2. Hosp. Federico Aybar	San Juan
Hosp. Municipales	
1. Hosp.. Mun. Las Matas Farfán	Las Matas de Farfán
Clínicas Rurales	
1. C. R. La Charca de María Nova	San Juan
2. Cr. Juan de Herrera	San Juan
3. Cr. Punta Cana	San Juan

**RELACION DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD
SELECCIONADOS**

REGION VII

CENTROS	MUNICIPIOS
Hospitales	
1. Hosp.. Luis L. Bogaert (Regional)	Mao
2. Hosp.. Valverde Mao (IDSS)	Mao
Hosp. Municipales	
1. Hosp.. Mun. Esperanza	Esperanza
2. Hosp.. Mun. Pepillo Salcedo	Pepillo Salcedo
Clínicas Rurales	
1. Cr. Capotillo	Dajabón
2. C. R. Santa María, (Pepillo Salcedo)	Pepillo Salcedo
3. Cr. La Cruz de Palo Verde	Monte Cristo
4. Cr. Jaibón	Valverde
5. Cr. El Jobo	Santiago Rodríguez

**RELACION DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD
SELECCIONADOS**

REGION VIII

CENTROS	MUNICIPIOS
Hospitales	
1. Hosp. Luis Morillo King (Regional)	La Vega
Hosp. Municipales	
1. Hosp. Mun. María Tdad. Sánchez	Fantino
2. Hosp. José A. Columna IDSS	Bonao
Clínicas Urbanas	
1. Clínicas Periférica San Miguel	La Vega
Clínicas Rurales	
1. Cr. Licey, Los Tocones	La Vega
2. Cr. Sabana Rey	La Vega
3. Cr. Chacuey M	Cotui
4. Clínica R. Juan Adrián	Cotui
5. Cr. Jayoco	Bonao

SELECCIÓN DE ONGs CON PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

CENTROS	MUNICIPIOS
1. ADOPLAFAM	Santo Domingo
2. IDDI	Santo Domingo
3. CASCO	Santo Domingo
4. COIN	Santo Domingo
5. PROFAMILIA	Santo Domingo
6. MUDE	Santo Domingo

ANEXO 3

LISTA DE CONTACTOS

NOMBRE	CARGO	INSTITUCION	TELEFONO	EMAIL
Luis Perez Bidó	Director Planificacion	ADOPLAFAM	238-5664	rperezbido@hotmail.com rperezbido@gmail.com
Ramon Jimenez	Director Departamento de Investigacion	CONAPOFA	566-5866 481-0334 cel	celamark@hotmail.com
Eleodoro Perez Sierra	Coordinador Nacional SR/PF	CONAPOFA	566-5866	eperezs_54@hotmail.com
Bienvenida Rodriguez	Subdirectora Tecnica	CONAPOFA	566-5866	bien2@hotmail.com
Viriato Acosta	Supervisor Nacional de Programas de SR	CONAPOFA	566-5866	virikery19@hotmail.com
Candido Rivera	Director Ejecutivo	CONAPOFA	566-5866	candidoriveraf@hotmail.com
Hector Eusebio Polanco	Director	DIGEMIA (SESPAS)	541-5079	dr.eusebio@verizon.net.do
Cirilo Fernandez	Coordinador Programa	FFAA	481-8583 534-3407	cirilofdez2003@yahoo.com
Boriana Maleeva	Asistente Tecnica SSR	GTZ	541-1430	proysalud@verizon.net.do
Luis Americo Lara	Coordinador Division Salud Reproductiva	IDSS	565-9666 Ext 2444	luisamericolara@hotmail.com
Manuel Perez Jimenez	Educador	MUDE	563-8111	desocmude@verizon.net.do mudedom@verizon.net.do
Ynolis Sardá	Supervisora Ventas Comunitarias	PROFAMILIA	689-0141 Ext 280	ysarda@profamilia.org.do
Juan Miguel Houllmonte	Gerente Mercadeo	PROFAMILIA	689-0141	jhoullmonte@profamilia.org.do
Glenn Olivo	Gerente de Proyectos	PROMESE/ CAL	518-1313 Ext 223	proyectos@promesecal.gov.do
Patricio Murgueitio	Director	Redsalud	566-1586	dir.redsalud@verizon.net.do

Luis Morales		Redsalud	566-1586	morales.reds@verizon.net.do
Rosa Gomez	Directora Departamento de Salud	SEM- Secretaria de Estado de la Mujer	687-9240	dptosaludsem@hotmail.com
Marcela Disla	Encargada Medicamentos	SENASA	732-3821 438-2060 cel	
Mari Reyes	Encargada Unidad de Cuentas Nacionales de Salud	SESPAS	541-3121 Ext 2584	marireyes25@yahoo.com
Maria Elena Arias	Asistente de Programa	UNFPA	537-0909 Ext 263	
Melisa Schuette	Gerente SR y PF	USAID	221-1100	mschuette@usaid.gov
Miguel Torres	Asesor Logistica	USAID/ CONECTA	227-4100 519-0119 cel	mtorres@fhidr.org
Sonia Brito	Gerente SR	USAID/ CONECTA	227-4100 224-1314 cel	sbrito@fhidr.org
Narciso Fortunato	Coordinador Desarrollo Humano	Vision Mundial	221-8775	v.mundial@codetel.net.do

ANEXO 4
LISTA DE METODOS CORRESPONDIENTE A LAS ENTRADAS Y SALIDAS DE LAS INSTITUCIONES, UNFPA Y MATERNO INFANTIL-CONAPOFA, EN EL ALMACÉN CENTRAL

SEPTIEMBRE 2004 A MARZO 2005.

<u>UNFPA</u>	
<u>CONDONES.</u>	UNIDADES
BALANCE AL 14/SEPT.	680,544.00
SALIDAS DEL 29 SEPT. A DIC. 2004	385,200.00
SALIDAS ENERO-MARZO 2005	180,576.00
BALANCE DE ENTRADA MENOS SALIDA	114,768.00
ENTRADA DE FECHA 10/3/05	712,839.00
TOTAL BALANCE A LA FECHA 2005	827,607.00
<u>PASTILLAS.</u>	
BALANCE AL 14/SEPT. 2004	119,060.00
SALIDAS SEPT. A DIC. 2004	73,205.00
SALIDAS ENERO -MARZO 2005	63,400.00
TOTAL BALANCE A LA FECHA 2005	9,455.00
<u>MINI-PILDORAS.</u>	
BALANCE AL 14/SEPT. 2004	210,550.00
SALIDAS SEPT. A DIC. 2004	22,150.00
SALIDAS ENERO-MARZO 2005	9,600.00
TOTAL BALANCE A LA FECHA 2005	178,800.00
<u>INYECTABLES (DEPO).</u>	
BALANCE AL 14/SEPT. 2004	54,550.00
SALIDAS SEPT. A DIC. 2004	23,000.00
SALIDAS ENERO-MARZO 2005	18,000.00
TOTAL BALANCE A LA FECHA 2005	13,550.00
<u>IMPLANTE NORPLANT.</u>	
BALANCE AL 14/SEPT. 2004	6,480.00
SALIDAS SEPT. A DIC. 2004	2,930.00
SALIDA ENERO-MARZO 2005	1,460.00
TOTAL BALANCE A LA FECHA 2005	2,090.00
<u>INTRAUTERINO (DIU).</u>	
BALANCE AL 14/SEPT. 2004	27,860.00
SALIDA SEPT. A DIC. 2004	2,900.00

SALIDA ENERO HASTA LA FECHA 2005	1,450.00
TOTAL BALANCE A LA FECHA 2005	23,510.00
MATERNO INFANTIL –CONAPOFA.	
CONDONES:	
BALANCE AL 14/SEPT. 2004	699,120.00
SALIDA SEPT. A DIC. 2004	178,992.00
SALIDA ENERO HASTA LA FECHA 2005	28,800.00
TOTAL BALANCE A LA FECHA 2005	491,328.00
INYECTABLES (DEPO).	
BALANCE AL 14/SEPT. 2004	3,343.00
SALIDA SEPT. A DIC. 2004	300
SALIDA ENERO HASTA LA FECHA 2005	2,500.00
TOTAL BALANCE A LA FECHA 2005	543
PASTILLAS:	
BALANCE AL 14/SEPT. 2004	3,800.00
SALIDA SEPT. A DIC. 2004	730
SALIDA ENERO HASTA LA FECHA 2005	3,070.00
TOTAL BALANCE A LA FECHA 2005	∅
INTRAUTERINO (DIU).	
BALANCE AL 14/SEPT. 2004	250
SALIDA SEPT. A DIC. 2004	50
SALIDA ENERO HASTA LA FECHA 2005	200
TOTAL BALANCE A LA FECHA 2005	∅

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

DELIVER

John Snow, Inc.

1616 North Ft. Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Tel: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

www.deliver.jsi.com