



PARAGUAY: EVALUACION CUANTITATIVA DE INDICADORES LOGISTICOS

SEPTIEMBRE 2008



DICIEMBRE 2008

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

PARAGUAY: EVALUACION CUANTITATIVA DE INDICADORES LOGISTICOS

SEPTIEMBRE 2008

USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1

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

Cita Recomendada

Uribe, Bernardo, Anabella Sanchez. 2008. *Paraguay: Evaluación Cuantitativa de Indicadores Logísticos, Septiembre 2008*. Asunción, Paraguay: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo 1.

Resumen

En diciembre del 2005 el proyecto DELIVER lideró la primera evaluación cuantitativa de indicadores logísticos del programa de Planificación Familiar, identificando la necesidad de fortalecer el sistema de información, almacenamiento, distribución, adquisición y estimación de necesidades. A partir de ese estudio, se delineó un plan de trabajo, el cual se llevó a cabo hasta septiembre del 2006.

En octubre del 2006, el Ministerio de salud (MSPBS) con la asistencia técnica del USAID | PROYECTO DELIVER, realizó una segunda evaluación cuantitativa de indicadores logísticos del programa de Planificación Familiar para medir el resultado de las intervenciones de fortalecimiento implementadas en los niveles regionales y locales como resultado del estudio del 2005. Aunque el segundo estudio se realizó solo a dos meses después de terminar una primera ronda de capacitaciones, en esa oportunidad los hallazgos fueron alentadores.

Gracias al fortalecimiento del sistema de información, se hace posible que el MSPBS monitoree sus indicadores de desabastecimiento de anticonceptivos a través de los reportes trimestrales, actividad que se realiza desde Enero 2007.

Con una diferencia de dos años desde la última evaluación, en Septiembre 2008 se realiza una tercera evaluación de indicadores logísticos para el programa de Planificación Familiar y se aprovecha la oportunidad para hacer un estudio integrado donde se incluyen otros programas como Kits de Parto, Programa de Cuidado Sanitario Básico y Medicamentos Esenciales, ya que en Paraguay no existe una unidad de medicamentos esenciales y cada programa maneja sus medicamentos de forma independiente.

Este estudio realizado en una muestra representativa en 127 establecimientos de salud en 15 Regiones Sanitarias del país, muestra entonces la evolución de indicadores del programa de Planificación Familiar, y se constituye en la línea de base para los programas de Kits de Parto, Cuidado Sanitario Básico y Medicamentos Esenciales. El análisis de los hallazgos presentados delinearán las pautas de un proceso de integración de sistemas de suministro.

Fotografía de Portada: Izq. Dra. Ma. José Avila de la Dirección General de Programas de Salud del MSPBS, centro Mercedes Benítez responsable de PF del Centro de Salud de Mauricio José Troche, der. Lic. Miguela Paniagua responsable regional de PF y SSR, 4ª Región Sanitaria Guairá, durante la Evaluación Cuantitativa e integrada de Indicadores Logísticos, realizada en Paraguay en el mes de Septiembre de 2008.

USAID | PROYECTO DELIVER

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

CONTENIDO

SIGLAS	v
AGRADECIMIENTOS.....	vii
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
ANTECEDENTES.....	5
OBJETIVO	7
METODOLOGÍA	9
HALLAZGOS	13
Sistema de Distribución	13
Capacitación y Supervisión.....	18
Sistema de Información	19
Sistema de Control de Inventarios.....	21
Uso y Consumo	33
Almacenamiento	34
RECOMENDACIONES.....	37
Planificación Familiar	37
Kits de Parto	38
Kits de Parto, Medicamentos Esenciales y Programa de Cuidados Sanitarios Básicos	40
ANEXOS	43
Anexo 1. Indicadores de Planificación Familiar	43
Anexo 2. Línea de Base de los principales Indicadores seleccionados para los Programas de KP, ME y PCSB	44
Anexo 3. Insumos vencidos y por vencer	45

SIGLAS

AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CB	Cuidados Básicos
CPM	Consumo Promedio Mensual
DAIA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DELIVER	Proyecto global de USAID para el mejoramiento de la disponibilidad de insumos de salud, incluyendo anticonceptivos, implementado por John Snow, Inc.
DGEEC	Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos
DGPS	Dirección General de Programas de Salud
DIU	Dispositivo intra-uterino
ECIL	Evaluación Cuantitativa de Indicadores Logísticos
IE&C	Información, Educación y Comunicación
IMI	Informe de Movimiento de Insumos
JSI	John Snow, Inc.
KP	Programa de Kits de Parto
LIAT	Evaluación Cuantitativa de Indicadores Logísticos (por sus siglas en Ingles)
ME	Medicamentos Esenciales
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
PCSB	Programa de Cuidados Sanitarios Básicos
PES	Punto de Entrega de Servicios
PF	Planificación familiar
SIAL	Sistema de Información para Administración Logística
SR	Salud Reproductiva
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

Los autores quieren expresar su agradecimiento a todas aquellas personas que dedicaron su tiempo y paciencia aportando valiosa información para esta tercera evaluación. En especial a los funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social que acompañaron este estudio, los responsables regionales de Planificación Familiar: Mario Duarte, Tomasa Sánchez, Carmen Velázquez, Magdalena Gauto, Miguela Paniagua, Benjamina Britez, Roque Garcete, María Vargas, Carmen Díaz, Ángela González, Evangelina Dominguez, Zulma Maidana, Viviana Arza, Elvira Maciel, Reineria Fernández, Herminia Leguizamón, Juliana Martínez, Graciela Fernández.

Es de igual importancia el apoyo que brindó el equipo de la Dirección General de Programas; Lic. María Luisa Espejo, Lic. Noemí Gómez, Lic. Sandra Recalde, Dra. María José Avila y las Químicas Farmacéuticas María Sofía Acosta de la Dirección de Vigilancia Sanitaria y Myriam Flecha del Programa de Cuidado Sanitario Básico. También nuestro agradecimiento al equipo de USAID | PROYECTO DELIVER, Juan Agudelo, Carolina Vera y Carmen Narváez.

Una importante mención a Gloria Metcalfe, consultora para programas de salud materna y neonatal, actualmente responsable de apoyar las intervenciones de PATH/POPHI en LAC, una iniciativa para la disminución de la hemorragia post parto, quien contribuyó con las recomendaciones que incluimos para el manejo de kits de parto.

Al mismo tiempo agradecemos a la Misión de USAID en Paraguay, quien hizo posible el financiamiento de esta evaluación, en particular a la Dra. Graciela Ávila, por su invaluable apoyo y compromiso con el proyecto.

RESUMEN EJECUTIVO

USAID | PROYECTO DELIVER (en adelante llamado “el proyecto”), ha liderado dos evaluaciones cuantitativas de indicadores logísticos para el programa de planificación familiar, en el 2005 y 2006, seleccionando de manera aleatoria una muestra representativa de establecimientos, en 15 de las 19 regiones del MSPBS.

Este tercer estudio para anticonceptivos, incluye por primera vez medicamentos trazadores del programa de Kit de Parto, Medicamentos Esenciales y Programa de Cuidado Sanitario Básico (PCSB), para contar con indicadores de línea de base y que tomadores de decisiones evalúen las fortalezas y debilidades de cada programa e identifiquen las oportunidades para adaptar experiencias exitosas.

Entre los hallazgos principales se puede mencionar:

Programa de Planificación Familiar

Gracias a la capacitación del 90% de responsables de PES, se ha avanzado mucho desde el 2005 al 2008, en el sistema de información, la confiabilidad de los datos de consumo mejoró de 56% a 74%, mientras que la confiabilidad de los datos de saldos reportados mejoró de 35% a 70%. Sin embargo, aún es necesario reforzar el uso del kárdex en todas sus columnas.

El sistema de distribución por el cual están calendarizadas las distribuciones de acuerdo a pedidos basados en consumo real, ha demostrado resultados exitosos al bajar los niveles de desabastecimiento de uno o más anticonceptivos en el momento de la visita de 15% a 4.74%.

Al haberse eliminado las barreras de acceso tales como: cobro de la consulta, normas de entrega (10 condones y 1 ciclo oral por visita), firma del paciente por recibir el método, falta de información de los servicios, detectadas en evaluaciones anteriores se ha podido observar como el MSPBS ha aumentado en aproximadamente 100% el consumo de anticonceptivos en los últimos tres años. Sin embargo se identifica aún como barrera para el acceso el limitado horario de atención.

Programa de Kit de Parto

La información logística de los insumos de kits de parto está agregada por paquetes y no por medicamento individual. Esto no permite verificar el nivel de abastecimiento de cada uno de los productos contenidos en el kit. Teniendo en cuenta que los protocolos de atención no se aplican, esta limitada información en los niveles superiores no facilita la toma de decisiones. Si a esto le agregamos que las cantidades entregadas son determinadas por el nivel superior sin contar con datos esenciales (Consumos, Saldos y Ajustes de inventario), podemos encontrar la explicación de los desbalances en el sistema. Mientras que algunos establecimientos tienen sobreabastecimiento, existen otros con desabastecimiento (considerando el desabastecimiento como existencia “0”).

El kit/paquete consta de 38 insumos para atención de parto, donde se incluye por ejemplo oxitocina que provoca un parto inducido y menos natural de lo que recomienda la OMS. La inclusión de suero en cada equipo de parto vaginal, entre otras cosas complica el cumplimiento de las condiciones de espacio para almacenamiento recomendadas. Adicionalmente, la

Oxitocina debe almacenarse en un ambiente 2 - 8°C, condición que no se cumple en ninguno de los casos observados.

Medicamentos Esenciales

La co-existencia de dos programas abasteciendo los mismos productos (ME y PCSB) promueve desorganización en la distribución de los medicamentos. El programa de Medicamentos Esenciales no tiene establecidos periodos de reabastecimiento. El elemento que define una distribución es básicamente que el parque sanitario regional (almacén regional) haya recibido alguna dotación del nivel central. Los parques sanitarios regionales comunican a los PES que pueden hacer pedidos de unos cuantos medicamentos que han recibido del nivel central. Los PES envían una nota, sin la cantidad ya que la cantidad que se les entregará es determinada por la disponibilidad del parque regional. Esta metodología naturalmente provocó que un 77% de los PES estuvieran desabastecidos en el momento de la visita. Cuando se analizó la duración del desabastecimiento, se pudo comprobar que el 55% del tiempo no tenían producto.

Programa de Cuidado Sanitario Básico (PCSB)

Este programa antes apoyado por el BID y ahora manejado directamente por el MSPBS, ha contratado servicios tercerizados para almacenar y distribuir un listado básico de medicamentos destinados a las atenciones de embarazadas, niños y niñas menores de 5 años. Los insumos están programados para entregarse a cada PES de manera mensual, bimestral y trimestral de acuerdo a un cronograma de fechas y cantidades establecidas desde el nivel central en base a morbilidad y población.

Aún cuando se recoge información de consumo y saldos, esta información no es utilizada para calcular las distribuciones. Se observó altos niveles de sobreabastecimiento y en muchos casos vencimientos.

Las indicaciones que han recibido los PES es que deben usar estos medicamentos solo con menores de 5 años, por esta razón no atienden con este medicamento a población mayor de 5 años, aún cuando este medicamento enviado por el PCSB esté sobreabastecido y próximo a vencerse y aún cuando el parque sanitario regional no le haya enviado nada para cubrir población mayor de 5 años.

Recomendaciones generales

Implementar un sistema único de información logística que incluya el uso de tarjeta de control de existencias (Kárdex), que no se encuentra institucionalizado, y un reporte que al tiempo que provea datos esenciales para la toma de decisiones, facilite el cálculo técnico de pedidos en base a consumo real.

Calendarizar y estandarizar distribuciones para todos los medicamentos considerando niveles máximos y mínimos que eliminen gradualmente el desabastecimiento. .

Estimar necesidades basándose en consumo real y asignar presupuesto teniendo en cuenta niveles de seguridad. Al tiempo que el MSPBS ahorrará recursos comprando sólo las cantidades necesarias y así evitar vencimientos, también requerirá de mayores recursos financieros para cubrir el 100% de las necesidades y sus niveles de seguridad.

Desarrollar una estrategia de capacitación en logística que involucre a los responsables de los parques sanitarios regionales y su participación para replicar las capacitaciones a todos los PES de su región.

Revisar protocolos de atención, actualizar lista básica de medicamentos, reducir lista de insumos de kits de parto para ofrecer un parto más natural, insistir en el uso racional de medicamentos. Todas estas son estrategias que permitirán al MSPBS ahorrar sus recursos para destinarlos en cantidades suficientes a los medicamentos que verdaderamente le hacen falta.

Mejorar las condiciones de almacenamiento de los parques regionales y explorar la posibilidad de dotar a las regiones de vehículos para transporte de medicamentos e insumos a sus PES.

ANTECEDENTES

El plan de trabajo de USAID | PROYECTO DELIVER, elaborado en el 2005, determinó como una de las necesidades indispensables para su intervención, el conocer la situación actual del sistema logístico de anticonceptivos y recolectar indicadores cuantitativos que sirvieran de línea de base, para medir el impacto de las intervenciones a implementar a partir de Marzo 2006. Es así como se realiza la primera evaluación cuantitativa de indicadores logísticos en Diciembre de 2005, donde se midieron los siguientes indicadores:

- % de establecimientos que reciben la cantidad que solicitan para al menos 3 de los 4 anticonceptivos básicos.
- % de responsables de logística que han recibido capacitación en el cálculo de sus pedidos en los últimos dos años.
- % de establecimientos que recibió supervisión capacitante en logística en el último año.
- % de establecimientos donde coincide el consumo en IMI con el kárdex para al menos 3 de los 4 anticonceptivos.
- % de establecimientos donde coincide el saldo en IMI con el kárdex para al menos 3 de los 4 anticonceptivos.
- % de establecimientos donde el kárdex coincide con el inventario físico (promedio de los 4 anticonceptivos).
- % de establecimientos desabastecidos de uno o más de los 4 anticonceptivos básicos en los últimos 6 meses.
- % de establecimientos desabastecidos de uno o más de los 4 anticonceptivos básicos en el momento de la visita.
- % de establecimientos que mantienen sus existencias entre el mínimo y máximo en sus 4 anticonceptivos básicos.
- % de almacenes regionales cumpliendo 80% de las condiciones evaluadas.

A partir de los resultados obtenidos en la primera evaluación, se diseñaron estrategias de fortalecimiento a las áreas que mostraron un bajo desempeño.

Entre las principales intervenciones se puede mencionar:

- rediseño del sistema de información
- formación de capacitadores
- cursos de logística a los PES
- fortalecimiento del comité DAIA y sus funciones de abogacía y vigilancia de los procesos
- provisión de equipos de cómputo y aire acondicionado a las regiones para mejorar el procesamiento de la información y mejorar las condiciones de almacenamiento. y
- eliminación de barreras para el acceso a los servicios de PF

Por tal motivo se hacía necesario medir el impacto de estas intervenciones en el desempeño del sistema logístico y es así como se realiza la segunda evaluación cuantitativa de indicadores logísticos en Octubre 2006, utilizando la misma muestra de los lugares visitados en la primera evaluación de línea de base.

En esa segunda oportunidad se observó una evolución promisorio de los indicadores seleccionados y se siguieron planteando nuevos retos para mejorar el acceso y reducir las brechas de equidad:

- continuar con capacitaciones en logística al 100% de los PES
- capacitar en consejería y calidad de servicio al 100% de los PES
- lanzar una estrategia de IEC para mejorar el acceso a anticonceptivos en zona rural
- fortalecer las habilidades para estimación de necesidades al nivel central
- acompañamiento para la elaboración del plan de adquisición de anticonceptivos
- realizar un monitoreo trimestral de los niveles de abastecimiento en todos los PES

Contando con un sistema funcional que permite monitorear procesos estandarizados de control de inventarios, disponer sistemáticamente de información logística a nivel central, y medir el desempeño del indicador de desabastecimiento, se hace menos indispensable realizar un estudio de esta envergadura con frecuencia anual.

En Octubre de 2008, dos años posteriores a la segunda evaluación cuantitativa de indicadores logísticos del programa de Planificación Familiar, se decide hacer una tercera evaluación para constatar la consolidación del sistema logístico implementado, recoger indicadores que no se reportan de manera regular a través del sistema de información y para contar con una línea de base para otros medicamentos de salud.

Luego de dos años de implementación de un sistema que mostró resultados exitosos, se manifiestan intenciones políticas de integrar otros medicamentos en un sistema único que permita mejorar el abastecimiento de otros medicamentos manejados por el MSPBS.

Es así como se determina para esta ECIL, incluir medicamentos trazadores de los programas de Kits de Parto, Cuidado Sanitario Básico y Medicamentos Esenciales. Se toma una muestra de cuatro medicamentos de cada programa para evaluar su nivel de abastecimiento, al tiempo que se recopila información sobre el funcionamiento de sus sistemas de distribución y las prácticas seguidas por el personal de salud a cargo del reabastecimiento de estos programas.

OBJETIVOS

Obtener datos cuantitativos de indicadores de desempeño logístico para el programa de Planificación Familiar del MSPBS y medir así el impacto de las intervenciones de fortalecimiento a través de la asistencia técnica del proyecto.

Comparar los resultados con evaluaciones realizadas en Diciembre 2005 y Octubre 2006, constatar las áreas que muestran evolución y las áreas que aún necesitan mayor focalización, con la finalidad de delinear acciones correctivas que redunden en el mejoramiento continuo del sistema y su trascendencia en la calidad del servicio brindado a los usuarios finales, con sus resultados de mayor acceso al uso de anticonceptivos en zona urbana y rural.

Establecer indicadores de línea de base para los programas de Kits de Parto, Cuidado Sanitario Básico y Medicamentos Esenciales que se usarán como punto de partida para iniciar discusiones orientadas a un proceso de integración de sistemas de suministros en el MSPBS.

METODOLOGÍA

La metodología empleada es la misma que se utilizó en las dos evaluaciones anteriores. Se visitaron 15 regiones y se seleccionó una muestra representativa al azar, para poder realizar una comparación válida.

Teniendo en cuenta que el sistema de distribución del MSPBS tiene tres niveles (central, regional y PES), la estrategia para el muestreo y que se puede apreciar en la **Tabla 1**, es la siguiente:

- a) Visita al Almacén Central y los almacenes regionales de las 15 regiones seleccionadas.
- b) Estratificar todos los PES en tres grupos:
 - a. Hospital (Regional, Distrital y de Especialidades),
 - b. Centros de Salud, y
 - c. Puestos de Salud/Dispensarios/Otros.
- c) El tamaño de la muestra para PES se estimó considerando el supuesto de que el valor esperado de uno de los indicadores importantes es 50% (aceptando 10 puntos porcentuales de error) con 95% de nivel de confianza. El tamaño estimado de la muestra, fue proporcionalmente distribuido entre las regiones y grupos de establecimientos para presentar los resultados estratificados por grupo de establecimientos, mientras se asegura la representación de las 15 regiones.

Tabla 1. Total de establecimientos MSPBS y muestra (2008)

REGION	HOSPITAL		Centro de Salud		PS/OTROS	
	Universo	Muestra	Universo	Muestra	Universo	Muestra
CONCEPCION	4	1	4	2	60	5
SAN PEDRO	2	2	8	1	92	5
CORDILLERA	3	1	11	3	22	2
GUAIRA	2	1	7	2	40	4
CAAGUAZU	1	1	11	3	43	5
CAAZAPA	1	1	9	2	41	4
ITAPUA	2	1	6	5	40	5
MISIONES	3	1	7	1	21	3
PARAGUARI	4	2	12	3	30	3
A.PARANA	6	2	7	2	43	4
CENTRAL	8	3	15	3	50	5
ÑEEMBUCU	2	1	2	1	56	5
AMAMBAY	3		0		15	
CANINDEYU	2	1	3	1	47	4
PTE. HAYES	2	1	3	1	34	3
A.PARAGUAY	1		2		18	
BOQUERON	3		4		14	
ASUNCION	5	2	12	2	24	2
Totales	54	21	123	32	690	59

Al igual que en las evaluaciones anteriores, se contó con cinco equipos de estudio, compuestos cada uno por un consultor de USAID | PROYECTO DELIVER y un funcionario del MSPBS. En este caso, una representante de la DGPS, una representante del programa de PF, una representante del Programa de Cuidado Sanitario Básico, una de Vigilancia Sanitaria y una del Programa de Kits de Parto. Estos equipos viajaron a sus regiones asignadas y requirieron el acompañamiento del responsable del programa de PF a nivel regional para realizar las visitas a los PES, donde se aplicaron cuestionarios estandarizados.

Al final de la evaluación se logró cubrir el 100% de la muestra, respetando su selección al azar y sustituyendo los establecimientos que estaban cerrados o donde el personal no se encontraba disponible, con una lista autorizada de reemplazos pre-establecida también al azar y que cumpliera con las características del establecimiento que se estaba reemplazando.

Se visitó un total de 127 establecimientos, incluyendo 15 almacenes Regionales y el Almacén Central. El 63% de la muestra corresponde a zona urbana y 37% corresponde a zona rural. La evaluación cubrió el 14.3% del total de establecimientos del MSPBS.

USAID | PROYECTO DELIVER realizó un convenio con la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, DGEEC, para el procesamiento de los datos en SPSS y estuvo a cargo del control de calidad de los datos. Las bases de datos están disponibles en CDs, los mismos que se entregarán al MSPBS.

A continuación el listado de los medicamentos trazadores incluidos en este estudio:

PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
	DIU	Unidad
	Orales Combinados	Ciclo
	Inyectable trimestral	Frasco
	Condón	Unidad
KITS DE PARTO		
	Oxitocina (4)	Ampolla
	Maleato de ergonovina.	Ampolla
	Cateter. Punzocat	18 x 32 m
	Vitamina. K	Ampolla
PROGRAMA DE CUIDADOS SANITARIOS BÁSICOS (PCSB)		
	Amoxicilina	150ml
	Mebendazol	100mg/5ml
	Paracetamol	200 Gota
	Suero Oral	Caja x 3
MEDICAMENTOS ESENCIALES		
	Ampicilina	1gr.
	PenicilinaBenzatínica	2,400,000
	Dipirona	1g
	Ibuprofeno	400mg

Con apoyo de la Iniciativa Regional de la DAIA en Latinoamérica, el Proyecto utilizó por primera vez la herramienta GPS para marcar en forma georeferenciada todos los establecimientos visitados, con el fin de presentar algunos de los indicadores logísticos en mapas y enriquecer el análisis del desempeño logístico desde una perspectiva geográfica. Debido a la insuficiente

información disponible para los insumos de kits de parto, medicamentos esenciales y PCSB, no fue posible generar mapas para todos los insumos. En este informe se presentan dos de los indicadores de abastecimiento para los cuatro anticonceptivos evaluados.

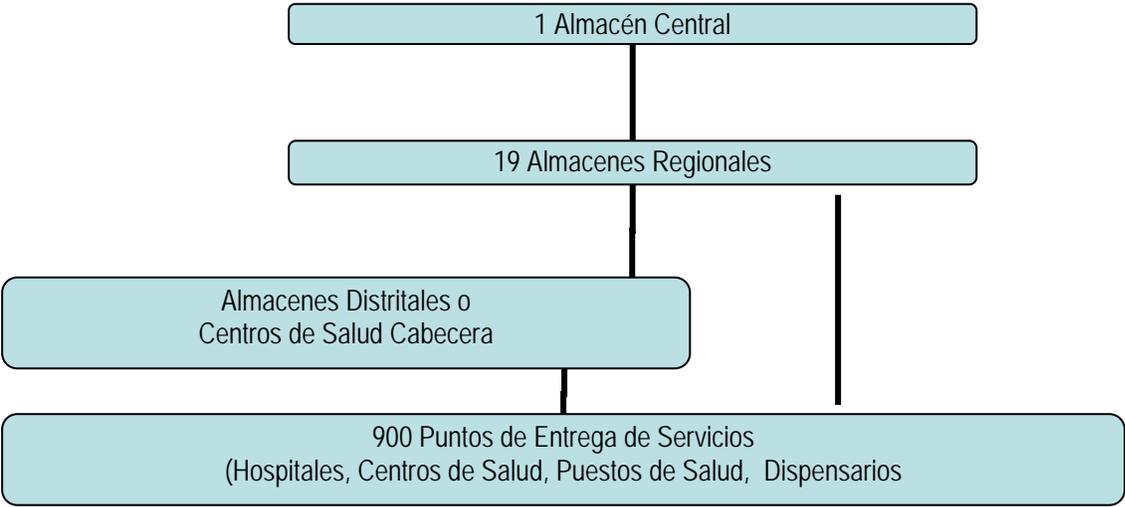
HALLAZGOS

1. SISTEMA DE DISTRIBUCIÓN

1.1 PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los anticonceptivos llegan a un almacén central, independientemente de su fuente de financiamiento, desde donde son distribuidos a los 19 almacenes regionales; estos almacenes distribuyen asimismo a sus PES. Algunas regiones, por dificultad de acceso, han establecido sub-almacenes distritales o centros de salud Cabecera (el número de almacenes distritales/cabeceras es indeterminado), los cuales son usados como intermediarios y mensajeros para entregar sus productos a los PES. Si bien esto aproxima al PES a su centro de abastecimiento, ha sido siempre una razón para la recepción tardía de los insumos a nivel de PES con el consiguiente peligro de desabastecimiento.

Figura 1: Estructura Básica del Sistema de Distribución de Anticonceptivos del MSPBS



Los PES reportan mensualmente y son reabastecidos con la misma frecuencia. Las regiones deben consolidar los pedidos de los PES y envían una requisición trimestral al nivel central. Se aplica un sistema de distribución por requisición, es decir, que el nivel inferior es el que calcula la cantidad a pedir al nivel superior en base a sus datos de consumo. Las cantidades entregadas por el nivel superior se respetan en un 79% de los casos, a diferencia de 25% en los estudios anteriores. Cabe la mención que en la XIV Región de Canindeyú se observó que sólo el 40% de PES recibe al menos la cantidad que solicita en tres o más de los anticonceptivos.

El 87% de los PES y 50% de las regiones recibe sus insumos en menos de una semana y el 50% de las regiones los recibe en 2 o 3 semanas. El transporte de los insumos del almacén central a los almacenes regionales se realiza con vehículos de las regiones, donde los encargados de PF deben negociar para lograr que se priorice el transporte de los anticonceptivos y solo el 50% lo logra. Cabe mencionar que USAID | PROYECTO DELIVER donó un vehículo para el transporte de los anticonceptivos del nivel central al regional en Octubre 2008, (un mes después del presente estudio).

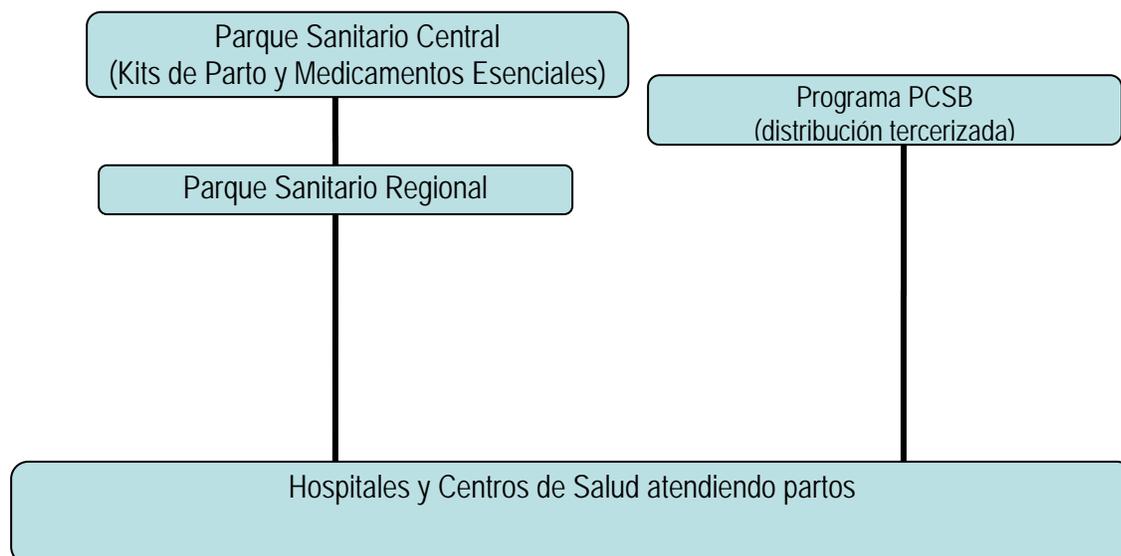
El transporte del nivel regional a los PES se realiza a través de transporte público. El personal en los PES es el responsable de llegar a la región y retirar sus anticonceptivos. Aún se puede observar que existe problema de transporte para 15% de los establecimientos y el problema mencionado es que no hay fondos para combustible o transporte público.

1.2 PROGRAMA DE KITS DE PARTO

El programa de kits de parto ha tenido un abastecimiento sui generis. El MSPBS tiene un protocolo que incluye 38 insumos que licita para compra centralizada, estos insumos son recibidos en el parque sanitario central (donde almacenan también insumos del programa de Medicamentos Esenciales) y distribuido a los parques sanitarios regionales, desde donde se distribuyen a Hospitales y Centros de Salud que atienden partos.

Adicionalmente el Programa de Cuidado Sanitario Básico apoyado por el BID, también entregó kits de parto para cubrir entre otras patologías priorizadas, hemorragia del embarazo, riesgo de prematuridad e infección puerperal. Este programa tiene la distribución tercerizada y enviaba directamente los insumos a los establecimientos que atienden partos sin coordinación con el programa de Kits de Parto en cuanto a la determinación de las cantidades a enviar a los establecimientos. Actualmente dicho programa ya no realiza distribuciones de KP a los establecimientos.

Figura 2: Estructura Básica del Sistema de Distribución de kits de partos del MSPBS



Por tal razón existen dos vías de abastecimiento para los mismos insumos y cuyo medio de distribución es diferente, con periodos de reabastecimiento diferentes. El sistema que se analiza en este estudio es el programa abastecido por el MSPBS a través de su parque central de medicamentos. Sin embargo este estudio no ha podido abstraerse a los hallazgos encontrados con referencia a los mismos productos abastecidos por el PCSB y más adelante nos permitiremos compartir recomendaciones en relación a estos dos sistemas.

El programa de kit de parto del MSPBS calcula sus necesidades utilizando el dato de partos atendidos, al cual le multiplica las cantidades de cada producto según su lista de insumos para atención de partos según un protocolo. Estas cantidades entonces se asignan desde el nivel central para ser enviadas a los parques regionales en frecuencias determinadas por las fechas de recepción de las compras.

Los productos no se envían desde el nivel central empaquetados en un kit, las regiones deben hacerlo. Los parques sanitarios regionales reciben estos productos, en algunos casos empaquetan los kit y los envían a los establecimientos que atienden partos y en otros casos los envían sin empaquetar, para que los establecimientos lo hagan. Se identificó que los insumos que vienen impresos en las bolsas no contienen todo el producto que se menciona.

Asimismo, la frecuencia de abastecimiento del parque sanitario regional a los hospitales y centros de salud, es indeterminada y depende de dos aspectos: a) la recepción o no desde el parque sanitario central y b) remanentes o no del PCSB.

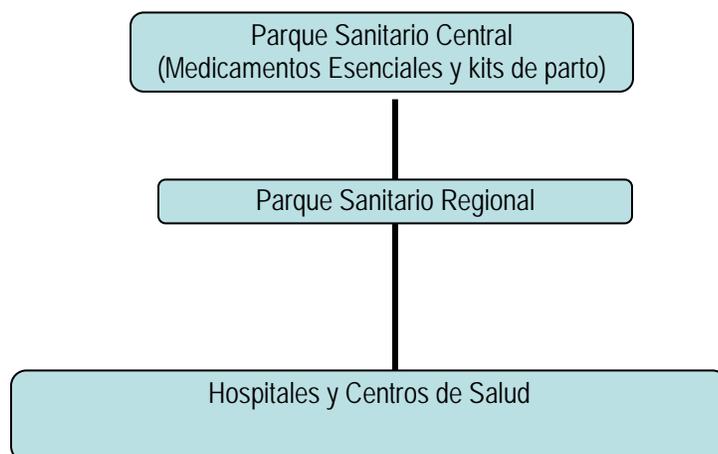
El 81.67% de los entrevistados mencionó que su sistema es de asignación, es decir, el nivel superior determina las cantidades a entregarles. El resto, hace eventualmente pedidos.

Lo usual es que el parque regional use su vehículo para recoger sus insumos del parque central, (66%), sin embargo aún hay un 20% que usa un vehículo privado. Los establecimientos que atienden partos reciben sus insumos también con mayor frecuencia a través del vehículo de su propio establecimiento (34%), vehículo privado 20%, transporte público 16%. Reportan problemas para recibir sus insumos el 16% de los establecimientos y entre las razones reportadas el 25% menciona no tener fondos para combustible, y 18.75% que no quedó espacio en el vehículo.

1.3 PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES

El Programa de medicamentos esenciales cuenta con un listado básico de aproximadamente 90 medicamentos. Las licitaciones de medicamentos esenciales y kits de parto se realizan en forma separada y vertical, y los medicamentos se almacenan en el mismo parque sanitario central pero en espacios físicos separados. Al momento del estudio, se observó que el espacio en el parque sanitario central donde se almacenan los medicamentos esenciales estaba vacío debido a que los proveedores que ganaron la última licitación aún no habían entregado los nuevos pedidos. Esta situación quizás sea una de las causas del desabastecimiento generalizado que se observó de Ibuprofeno 400mg.

Figura 3: Estructura Básica del Sistema de Distribución de Medicamentos Esenciales del MSPBS



La frecuencia de abastecimiento del parque sanitario regional a los hospitales y centros de salud es indeterminada y depende de dos aspectos: a) la recepción o no desde el parque sanitario central y b) remanentes o no de medicamentos esenciales distribuidos por el PCSB.

El 85% de los entrevistados mencionó que su sistema es de asignación, el nivel superior determina las cantidades a entregarles, mientras que el resto de establecimientos realiza pedidos cuando no reciben productos de su nivel superior.

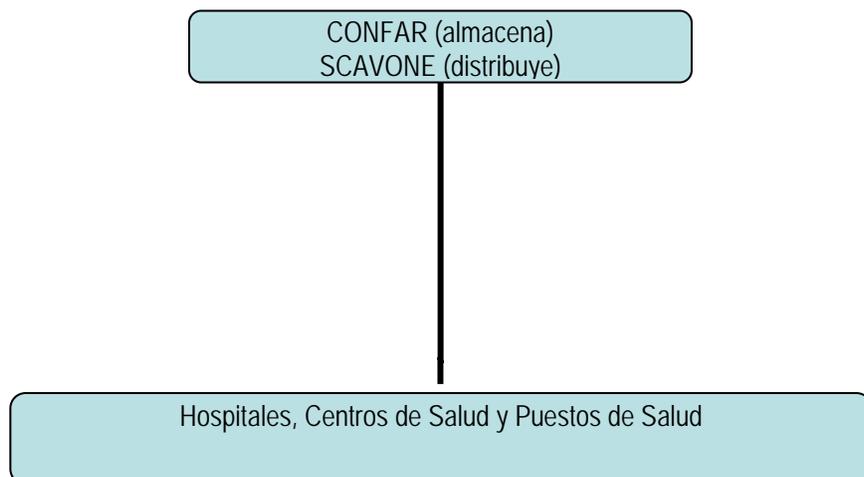
El 30% de los establecimientos recogen los medicamentos en transporte público, cuyo costo es generalmente pagado por el personal de salud, mientras un 26% utiliza vehículo privado y un 30% utiliza vehículo del establecimiento. El 37% de los establecimientos que reportan tener problemas de transporte indicaron que se debe a falta de recursos para combustible. Aunque los insumos de kits de partos y los medicamentos esenciales están físicamente en el mismo parque sanitario de Asunción, los establecimientos no recogen los medicamentos en forma integrada. Los entrevistados indicaron gestionar vehículo cada vez que recogen estos medicamentos y raramente coordinan distribuciones integradas con el programa de kits de parto.

1.4 PROGRAMA DE CUIDADO SANITARIO BÁSICO (PCSB)

Con ayuda del BID, el MSPBS implementó un modelo de provisión de medicamentos del Ministerio de Salud similar al modelo Argentino para resolver 13 enfermedades que registran mayor impacto sobre la salud de la madre, niños y niñas de 5 años.

Este proyecto duró dos años (2006-2007). Durante 2007 el MSPBS retomó el modelo, licitó los medicamentos de cuidados sanitarios básicos y re-contrató a dos empresas: CONFAR y Scavone. CONFAR es una almacenadora que resguarda y prepara las cajas que se distribuyen a los servicios de salud. Scavone es la empresa de transporte que distribuye las cajas y los formularios de reporte directamente a los servicios de salud a nivel nacional (Ver Figura 4 del sistema de distribución).

Figura 4: Estructura Básica del Sistema de Distribución del PCSB del MSPBS



Los proveedores que ganan las licitaciones realizadas por el nivel central del PCSB realizan por lo regular tres entregas parciales (febrero, abril y julio) de los medicamentos en el depósito de CONFAR, luego SCAVONE transporta los medicamentos directamente a todos los PES del país. Aunque el PCSB distribuye directamente a los PES, a menudo la región recibe devoluciones de producto que los PES no necesitan o que se vencerán, luego la región redistribuye a los PES pero no deja registro de estos movimientos de inventario. El personal entrevistado de las regiones sanitarias indicó que debido a que el PCSB no informa sobre las distribuciones a los PES, ello dificulta el monitoreo de la disponibilidad y vencimiento de productos en la red de establecimientos. Además de la información recolectada mediante el cuestionario de indicadores, el personal de salud en todos los servicios visitados indicó recibir medicamentos que raramente consumen tales como la vaselina azufrada, y no reciben suficientes medicamentos con alta demanda como el Ibuprofeno de 400mg.

La distribución de los medicamentos del PCSB es tercerizada, según el 94% de entrevistados que así lo indicó. La empresa SCAVONE distribuye cantidades fijas que el PCSB asigna a comienzo de año a cada PES. Aunque la información sobre cantidades entregadas a los pacientes llega al nivel central, estos datos no se usan para definir el contenido de las cajas para cada PES. Durante las visitas a los PES se observó que la lista de empaque de las cajas que despachan contienen la misma cantidad de medicamentos para todos.

El 91% de los entrevistados mencionó que el abastecimiento del PCSB es por asignación, el nivel central del PCSB determina y le instruye a CONFAR las cantidades a entregar a Scavone para su distribución. Al ser tercerizada esta distribución, los PES no gestionan transporte para el PCSB, lo cual significa que si la distribución tercerizada falla o se interrumpe, los establecimientos de salud dependen del abastecimiento del programa de medicamentos esenciales. Esta situación redundante en desabastecimiento debido a que los servicios de salud empiezan a usar los insumos del programa de medicamentos esenciales para las atenciones materno infantiles en madres y menores de 5 años.

La frecuencia de abastecimiento desde CONFAR a los hospitales y centros de salud, es indeterminada. Cuando el programa recibía el apoyo del BID, el abastecimiento variaba entre mensual, bimestral o trimestral. Ahora, debido a que el PCSB recién inició la distribución a los PES un mes antes de este estudio, no se puede comprobar la frecuencia.

En resumen, durante el estudio se observó que el MSPBS invierte recursos y tiempo para realizar licitaciones verticales para la compra de los mismos medicamentos para los programas de kits de parto, medicamentos esenciales y el Programa de Cuidados Sanitarios Básicos, sin aparente retroalimentación entre un programa y otro. Además, los tres programas de medicamentos tienen diferentes vías de distribución, lo cual genera que los establecimientos de salud también manejen los medicamentos en forma fraccionada, con lineamientos distintos para medicamentos similares que resuelven las mismas atenciones en salud. Esta confusión en los PES, genera en algunos casos por ejemplo, que se venza el producto del PCSB, mientras que el programa de Medicamentos Esenciales está desabastecido del mismo producto, pero que no están autorizados a entregar a nadie mayor de 5 ó 10 años (aparentemente el PCSB cambió el protocolo de 5 a 10 años cuando identificaron el sobreabastecimiento). Sin embargo este mensaje no llegó a todos los PES.

2. CAPACITACIÓN Y SUPERVISIÓN

2.1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El proyecto ha formado equipos de capacitadores tanto en Logística como en Consejería y Tecnología Anticonceptiva, fortaleciendo de esta manera al nivel central, así como a las regiones y a un alto porcentaje de PES. Este equipo de capacitadores ha realizado, de Junio 2006 a Junio 2008, 40 réplicas de logística con el acompañamiento del proyecto, cubriendo un total de 925 participantes. Este esfuerzo se ve reflejado en 89.62% de entrevistados por este estudio que manifestaron haber recibido una capacitación formal en logística. Naturalmente se observa la evolución de este indicador en comparación a los dos estudios anteriores en los que se encontró 29.1% en el 2005 y 66% en el 2006.

Al proyecto aún no le ha sido posible apoyar al MSPBS con la implementación de un sistema de supervisión capacitante. Desafortunadamente las Regiones Sanitarias no presupuestan esta actividad y es por ello que se observa una disminución en el indicador de personal que ha recibido supervisión capacitante en el último año, 25,20% en Septiembre 2008, frente a 33.3% en Diciembre 2005 y 37% en Octubre 2006.

2.2 KITS DE PARTO

Solo tres entrevistados mencionaron haber asistido a un taller de logística. Cuando se indagó si ese taller los había capacitado en sistema de información, cálculo de solicitudes y almacenamiento, se pudo constatar que no habían cubierto estos tres importantes tópicos para ser considerados capacitados en logística.

Cuando se indagó si habían recibido alguna vez una visita de supervisión capacitante en logística, ninguno de los entrevistados mencionó haberla recibido.

2.3 MEDICAMENTOS ESENCIALES

A diferencia del programa de Planificación Familiar, solamente el 17% de los entrevistados indicaron haber recibido algún tipo de capacitación. Respecto a las visitas de supervisión capacitante, el estudio consideró como supervisión capacitante los casos en que el personal de

salud recibió una tutoría para mejorar aspectos logísticos, y en el tema de medicamentos esenciales los entrevistados indicaron no haber recibido ninguna.

2.4 PROGRAMA CUIDADO SANITARIO BÁSICO

Similar al caso de los medicamentos esenciales, el 15% de los entrevistados indicaron haber recibido algún tipo de capacitación, y en relación a la supervisión capacitante los entrevistados indicaron haber recibido visitas de supervisión del PCSB cuando el BID dirigía el programa, es decir, nadie había recibido supervisión capacitante durante el último año.

3. SISTEMA DE INFORMACIÓN

3.1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El proyecto recomendó la implementación de dos instrumentos básicos de registro y reporte de datos, el kárdex y el IMI. El primero, es de uso diario en el PES y registra datos de consumo, saldos y ajustes. El segundo es un documento mensual que consolida información de consumo y saldos registrada en el kárdex y sirve al mismo tiempo para hacer la solicitud de reabastecimiento. El llenado de los mismos es estandarizado con una utilización de 97.64% y 99.21% respectivamente. Vale recordar, que el IMI elaborado por los PES, se verifica y controla por las Regiones antes de entregar el pedido, y que los PES se quedan con copia de su informe y de su pedido.

Las regiones sanitarias deben consolidar los datos que reciben en los IMIs de los PES y enviar trimestralmente al nivel central un IMI regional. El porcentaje de PES que reportan en el momento de la consolidación de los IMIs en la región va del 91% al 100%.

Una vez más se verificó la correspondencia de los datos registrados en el kárdex versus los reportados en los IMI y la confiabilidad de los datos de consumo mejoró de 56.1% en Diciembre 2005 a 69.1% en Octubre 2006 y 73.95% en Septiembre 2008.

Se ha podido observar que hay debilidades en el llenado del kárdex. Este instrumento con columnas para registrar consumo, ajustes y actualizar permanentemente el saldo, está siendo llenada en muchos casos solo en la columna de consumo, lo cual no permite contar con un dato actualizado del saldo, razón por la cual hemos observado que la coincidencia del dato de saldo registrado en kárdex y el saldo reportado en IMI ha bajado con relación al estudio 2006. Se encontró una evolución significativa del 2005 al 2006 con 35% y 72.7% respectivamente, sin embargo en Septiembre 2008 el dato nos muestra 69.75%. Cuando se cruzan los datos del Kárdex con el inventario físico se apreció un incremento en la coincidencia del dato, del 9.1% en el 2005 al 48.2% en el 2006 y con una baja al 24.19% en Septiembre 2008.

3.2 KITS DE PARTO

El sistema de información logística de este programa es muy limitado. Se reportan número de partos y cesáreas atendidas y número de kits usados. No existen datos de consumo desagregado por producto ya que el kit de insumos determinado a nivel central para la atención de un parto, se contabiliza como unidad, independientemente si se recibieron completos o se usaron completos. Al no estar la información desagregada, por tanto, es imposible determinar si se están enviando la cantidad de insumos que debe contener un kit, si en el servicio se están

siguiendo los protocolos, si los protocolos se ajustan a las prácticas y es difícil determinar el verdadero consumo y saldo de cada ítem.

Solo 8.62% de estos productos se manejan con una tarjeta de control de existencias (kárdex) y se envía mensualmente un reporte de kits usados (con las limitantes mencionadas en el párrafo anterior).

El sistema de información es el motor de todo ciclo logístico, debe apoyar en la toma de decisiones y retroalimentar la selección de los productos, estimación de necesidades y las adquisiciones. En este momento, la falta de información no está ayudando a la toma de decisiones, ni retroalimentando a los gerentes del programa. Esto está motivando que las distribuciones no obedezcan a verdaderas necesidades, algunos establecimientos pueden estar recibiendo más de lo que necesitan o viceversa.

Pueden existir algunos productos que estén desabastecidos y otros sobreabastecidos, pero no hay manera de contar con esa información si se sigue reportando la información logística por kit y no por producto. Especialmente si el kit de parto incluye insumos para parto vaginal normal y cesárea y para algunas complicaciones.

La información de consumo de un producto, su desabastecimiento, o su sobreabastecimiento, proveerá información importante a los gerentes sobre el verdadero uso del insumo que ellos determinaron, debía componer el kit.

Actualmente en Paraguay se usa como norma para la atención perinatal, el Manual IMPAC, OMS-JHPIEGO (2002) que contiene las recomendaciones con base en la evidencia actual, y que está referido fundamentalmente al manejo de **complicaciones** obstétricas. Sin embargo, este Manual incluye la atención del parto normal, donde se mencionan bastante menos insumos que los que incluye el kit de partos descrito por el MINSA-Paraguay (38 ítems). Además dicho Manual discrimina aquellos necesarios para parto vaginal normal, del usado en cesáreas y de los que son necesarios en caso de complicaciones obstétricas.

3.3 MEDICAMENTOS ESENCIALES

El sistema de información de medicamentos esenciales no cuenta con formularios estandarizados para la recolección y flujo de información a lo largo de la cadena de suministros, sin embargo el estudio reveló que el 79% de establecimientos envían reportes de consumo y existencias al respectivo nivel superior. De este 79%, el 90% envía la información en forma mensual.

El estudio también reveló que solamente el 12% de establecimientos usan alguna forma de kárdex para el control de inventario. Si bien, separan el producto vencido, no lo registran ni lo descuentan contablemente en ningún instrumento. A pesar del porcentaje significativo de reporte (79%) en las regiones como Itapúa, Caazapá y Asunción se observó que los PES no reportan sistemáticamente y los que reportan no se quedan con copia de sus informes. Cuando se verifica la precisión de los datos que se reportan, se observa que 45% de establecimientos reportan consumo con precisión y 50% el dato de saldo. Estos hallazgos son indicativos de que la calidad de la información esencial para la toma de decisiones logísticas con base en demanda es susceptible de mejora y de ser sistematizada a nivel nacional.

3.4 PROGRAMA DE CUIDADO SANITARIO BÁSICO (PCSB)

Para este programa únicamente el 2% de los establecimientos visitados usan kárdex. Aunque es frecuente que separen el producto vencido, éste no lo registran ni descuentan contablemente en ningún instrumento. El programa piloto de CSB, que tiene dos años de existir, recolecta datos de consumo y saldos. Según el estudio el 84.7% de los establecimientos envían reportes de consumo y existencias, sin embargo no registra datos de ajustes y no usan la información para programar distribuciones. Cuando Scavone distribuye las cajas a los PES entrega también los formularios de reporte y recoge los informes del período anterior (pero no los analiza), los cuales son entregados al PCSB en el nivel central de Asunción. Asimismo, algunos PES han mencionado durante el estudio, que cuando se suspendieron las distribuciones del PCSB, ellos no recibieron ninguna directiva con respecto a sus Informes, ya que se iban acumulando sin que nadie pasara a retirarlos, y sin saber que hacer con ellos. Algunos continuaban registrando sus consumos, otros dejaron de hacerlo cuando se dejó de hacer reposición de medicamentos. El 45% de los establecimientos reporta mensualmente mientras que otro 47% reporta trimestralmente o con otra periodicidad. El indicador que mide la precisión del saldo no se pudo medir para los medicamentos del PCSB debido a que no se usa una tarjeta de control de existencias. Sin embargo el dato de consumo se reporta con una precisión del 87.5%.

A raíz de la reactivación del PCSB por parte del MSPBS, los formularios de reporte fueron mejorados para incluir una copia para la región, lo cual es un buen inicio para mejorar la disponibilidad de información para la gestión de medicamentos.

4. SISTEMA DE CONTROL DE INVENTARIOS

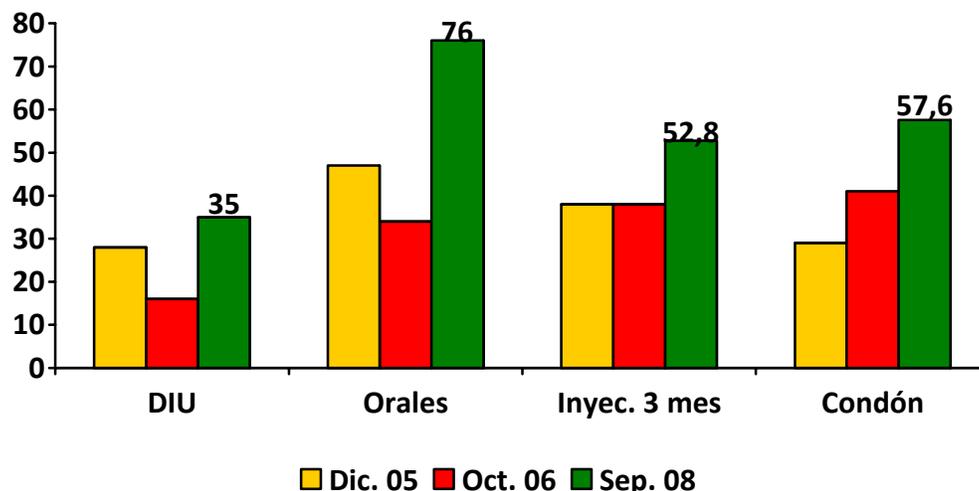
4.1 PLANIFICACION FAMILIAR

El sistema de control de inventarios adoptado por el MSPBS es el de Niveles Máximos y Mínimos. Las regiones tienen establecido un nivel máximo de 6 meses y un mínimo de 3, mientras que los PES, un máximo de 2 y mínimo de 1.

Mantener las existencias entre los niveles mínimo y máximo establecidos en cualquier momento, es un indicador del desempeño del sistema logístico. Este sistema asegura que cada punto en la cadena de suministros mantenga sus existencias en niveles adecuados, teniendo en cuenta stocks de seguridad. En condiciones de abastecimiento suficiente en el nivel central, este indicador mide el cumplimiento de los procedimientos para los pedidos. Es decir, mide si se está pidiendo a tiempo, en la cantidad adecuada, respondiendo oportunamente a los pedidos y entregando las cantidades solicitadas. Cuando el nivel central no cuenta con las cantidades suficientes, todos los puntos de la cadena de suministros empiezan a racionar el producto poniendo en riesgo de desabastecimiento al sistema.

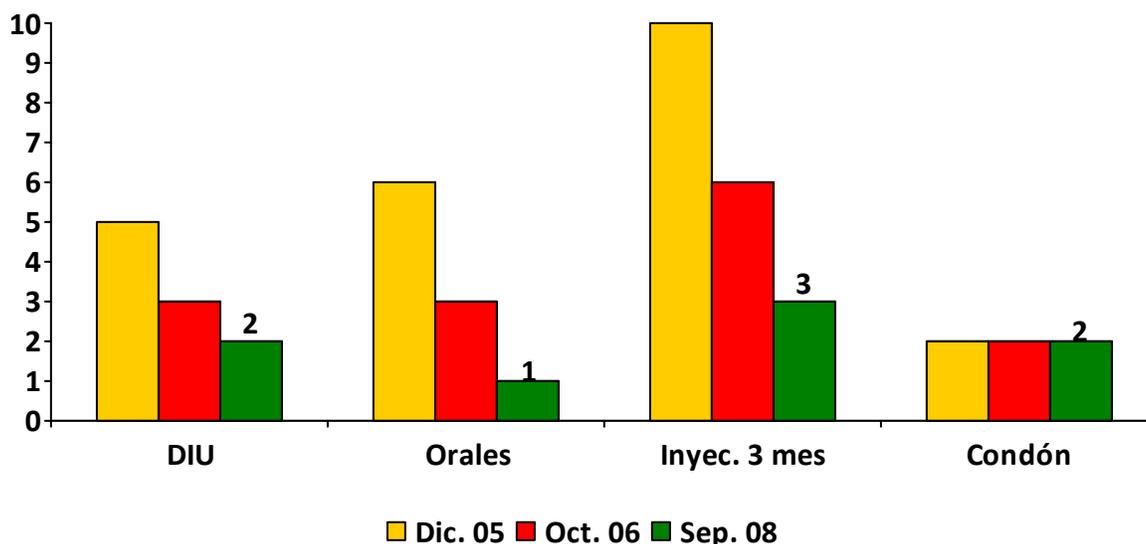
Al obtener un indicador combinado del porcentaje de establecimientos que están adecuadamente abastecidos en los cuatro anticonceptivos, este indicador varió de 9.5% en Diciembre 2005 a 5.5% en Octubre 2006. En esta última evaluación de Septiembre 2008 se vio un incremento a 13.6%. Cuando vemos el indicador desagregado por producto vemos que son los ciclos orales los que se mantienen en mayor porcentaje en los niveles adecuados de existencias como lo podemos observar en el **Gráfico 1**.

Gráfico 1. Porcentaje de Establecimientos Con Existencias Entre Niveles Máximos y Mínimos.



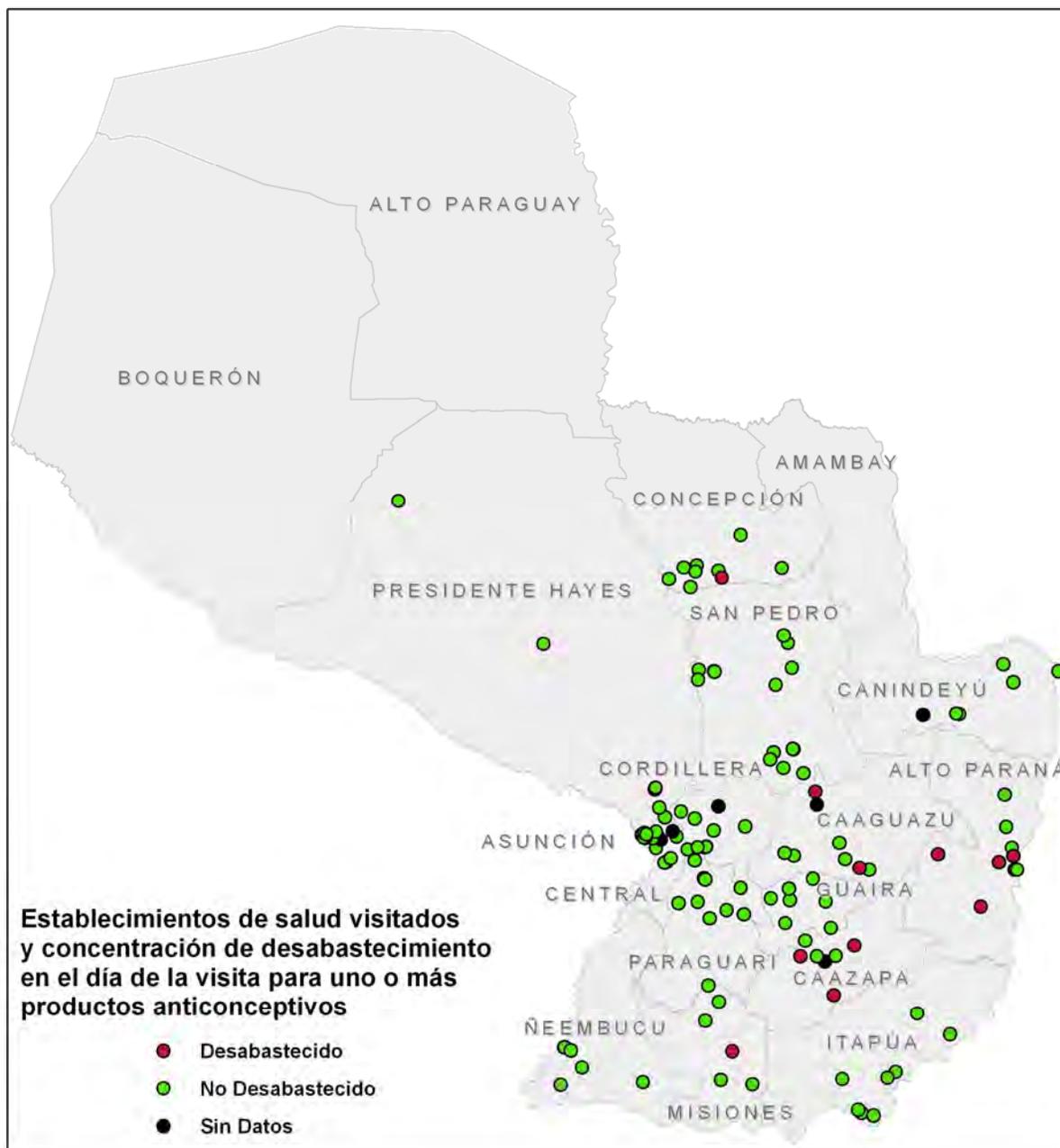
En cuanto al desabastecimiento en el momento de la visita, el **Gráfico 2**, muestra el comparativo 2005 – 2008 donde se puede apreciar que cuando se va corrigiendo la recepción de los embarques al nivel central, el sistema inmediatamente vuelve a su desempeño normal. Cuando se combina el indicador por el porcentaje de establecimientos desabastecido de uno o más productos en el momento de la visita, este mostró una evolución de 15% en el 2005, a 13% en el 2006 y 4.76% en el 2008.

Gráfico 2. Porcentaje de Establecimientos Desabastecidos en el momento de la visita, por Método



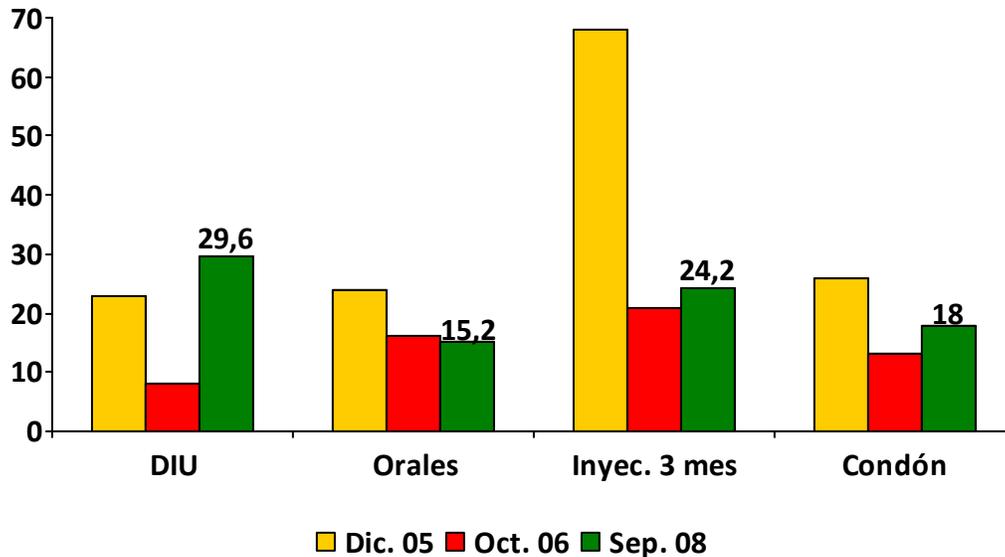
En el **Mapa 1** vemos ubicados geográficamente todos los puntos visitados en la muestra del estudio y en color rojo los que se encontraron desabastecidos de uno o más anticonceptivos.

Mapa 1.



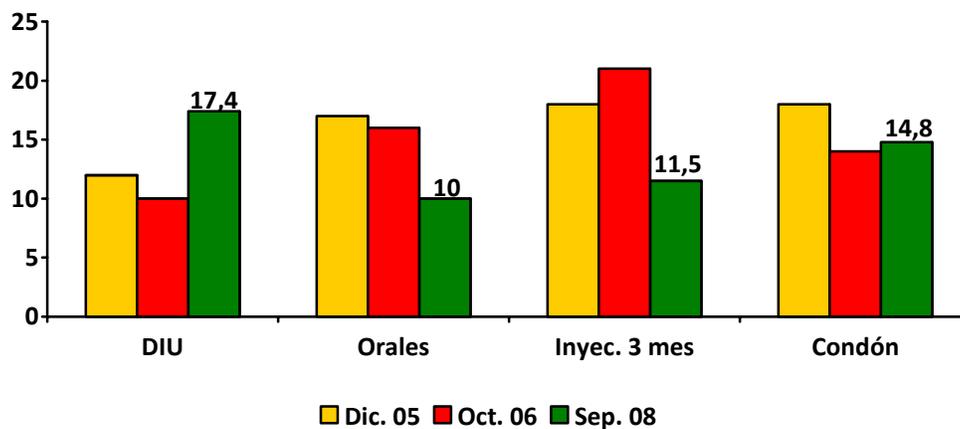
Respecto al porcentaje de establecimientos desabastecido de uno o más anticonceptivos en los seis meses anteriores al estudio, vemos que en Dic. 2005 había un 82%, indicador que bajó notablemente a 38% en Oct. 2006 y vemos que repunta a 48% en Sep. 2008 como consecuencia del retraso en la recepción de las compras 2007 que recién terminarán de recibirse en Diciembre 2008. En el **gráfico 3** vemos el comportamiento de este indicador por producto.

Gráfico 3. Porcentaje de Establecimientos que Sufrieron Desabastecimiento en los últimos 6 Meses, por Método.



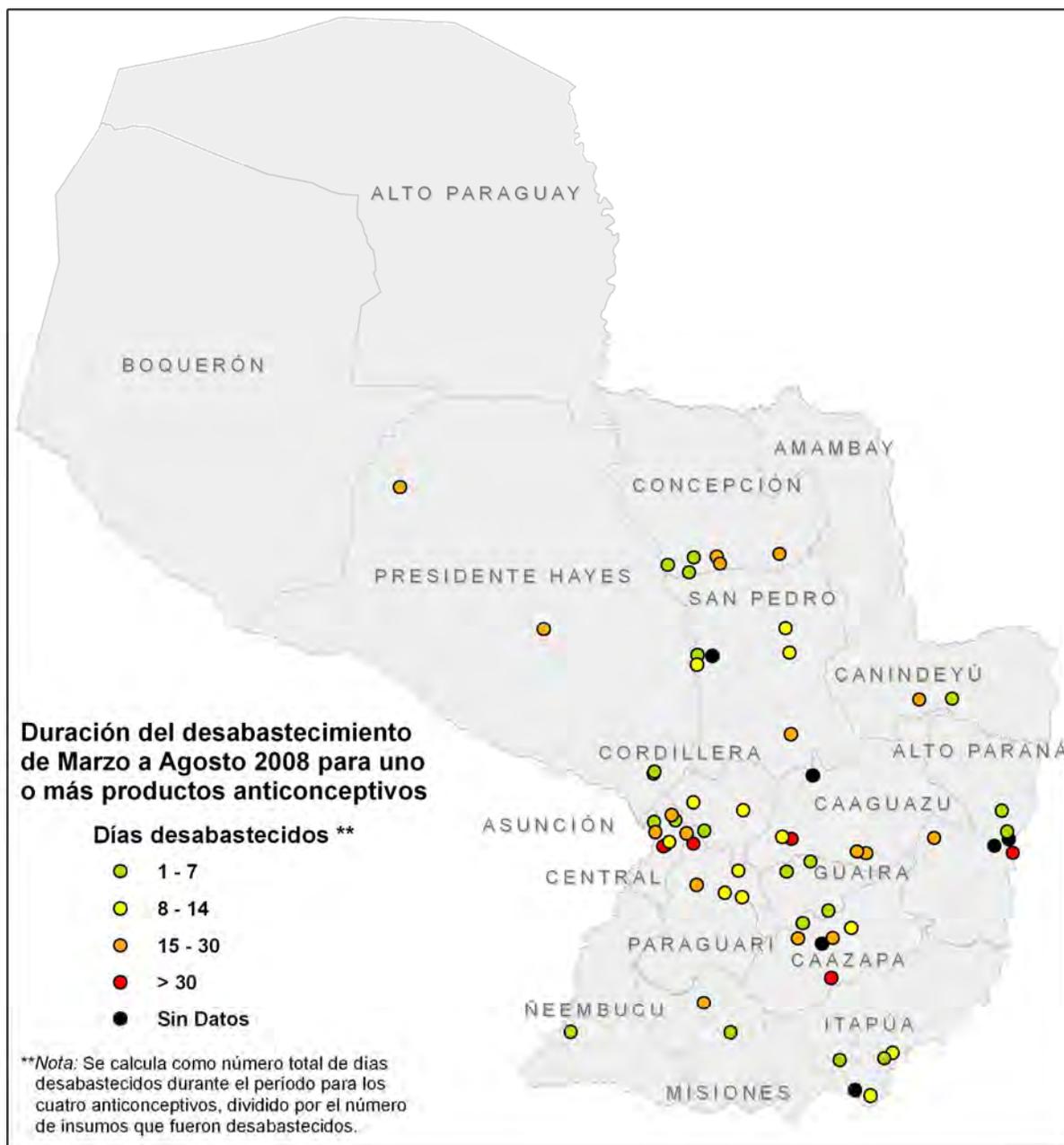
Respecto al promedio de días desabastecidos, el **Gráfico 4** muestra el dato comparativo 2005 – 2008 donde se observa que cuando caen en desabastecimiento, este desabastecimiento dura en promedio dos semanas. Esto demuestra que aún no se aplica la práctica de hacer pedidos de emergencia.

Gráfico 4. Promedio de Días Desabastecidos, por Método



En el **Mapa 2** podemos observar la ubicación de los establecimientos donde se observó desabastecimiento en los seis meses anteriores al estudio, de Marzo a Agosto 2008. También podemos observar la duración de este desabastecimiento. Hay un total de 56 establecimientos que tenían desabastecimiento en los 6 meses anterior a la visita. De estos, 23 tenían un desabastecimiento promedio que duró 15 días o más.

Mapa 2



Del porcentaje de establecimientos que sufrieron algún desabastecimiento, se investigaron las causas. Cuando fue posible se verificaron cálculos de pedidos anteriores y se determinaron las causas como lo muestra la **Tabla 2**. La mayor mención para los casos de Inyectable trimestral (DepoProvera®) y DIU fue “aumento en el consumo”. En el caso de condones, la razón de mayor mención fue “el nivel superior no tenía suficiente”, esto último coincide perfectamente con un período de racionamiento desde el nivel central, entre Marzo y Mayo 2008, a causa de la demora en la transferencia de los fondos al UNFPA para la compra 2007.

Tabla 2. Razones para el desabastecimiento, por producto (PF)

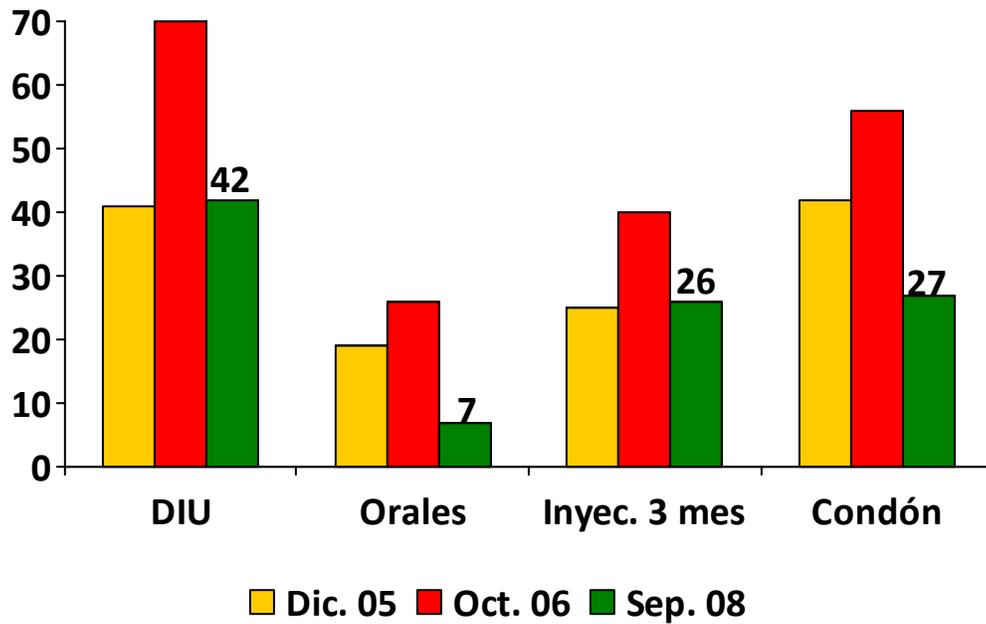
	DIU		Orales		Inyectable 3m		Condón	
	%	Cant	%	Cant	%	Cant	%	Cant
Total	100,00	23	100,00	18	100,00	28	100,00	22
No me enviaron lo que pedí	4,35	1	16,67	3	3,57	1	4,55	1
Me demoré en pedir	17,39	4	16,67	3	7,14	2	13,64	3
Mi nivel superior no tenía suficiente	4,35	1	11,11	2	10,71	3	27,27	6
No hice pedido de emergencia	4,35	1	5,56	1	3,57	1	-	-
No pudimos ir a recoger	8,70	2	11,11	2	10,71	3	22,73	5
Aumentó el consumo	21,74	5	11,11	2	42,86	12	18,18	4
No pedí	8,70	2	16,67	3	10,71	3	9,09	2
Mal cálculo de pedido	-	-	5,56	1	3,57	1	4,55	1
Fugas	4,35	1	-	-	-	-	-	-
Otras	26,09	6	5,56	1	7,14	2	-	-

Cuando se analiza la práctica de hacer *pedidos de emergencia*, se observó que nadie la aplicó. Esta condición es ambivalente; por un lado el no tener que hacer pedidos de emergencia significa buen manejo administrativo y por tanto que los costos de la cadena de suministros se están optimizando. Sin embargo, cuando se observan desabastecimientos en el sistema, el no hacer pedidos de emergencia se considera como una mala práctica, pues es mejor hacerlos aunque signifique más carga administrativa, mayor costo o doble esfuerzo en el transporte, frente a la posibilidad de quedarse desabastecido y dejar de atender las necesidades de los y las usuarias.

Cuando relacionamos esto con la falta de actualización de la columna de saldos en el kárdex, podemos creer que un factor que contribuye a que los PES no hagan pedidos de emergencia es porque no se dan cuenta que se les están acabando las existencias y es por eso que aun se observó un 48% de establecimientos desabastecidos de al menos un anticonceptivo durante los seis meses anteriores al estudio. Es decir, 48% de establecimientos debió haber hecho pedidos de emergencia antes de quedarse desabastecido y no lo hizo.

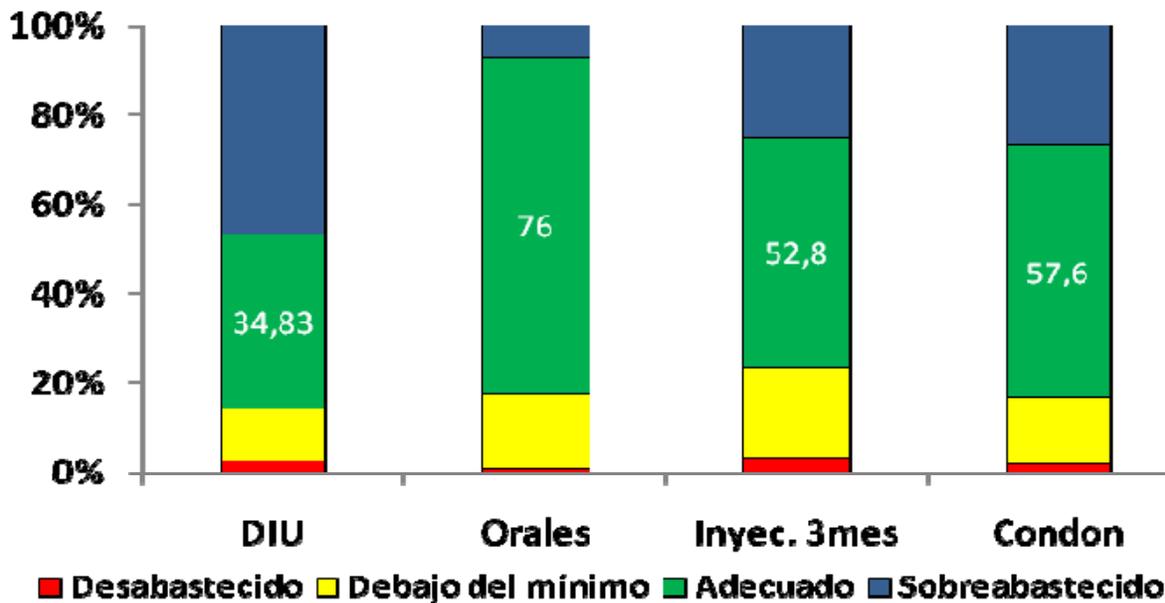
Al hacer la relación del saldo contado en cada establecimiento y su consumo promedio mensual, se puede determinar el porcentaje de establecimientos con existencias por encima del nivel máximo fijado. En el **Gráfico 5** podemos observar que se está corrigiendo el alto sobreabastecimiento observado en el 2006, comportamiento esperado en un sistema que se va ajustando. En el caso de DIU, aún se observa un sobreabastecimiento alto y esto se debe a que algunos PES mantienen un stock que no usan por falta de equipo de inserción o capacitación para la inserción.

Gráfico 5. Porcentaje de Establecimientos Sobreabastecidos al Momento de la Visita



Vemos en el **Gráfico 6** que la condición de existencias más frecuente para todos los productos es el abastecimiento entre los niveles máximos y mínimos, es decir; de acuerdo a lo planeado. Gracias al esfuerzo desplegado vemos una evolución en este indicador que es de los más exigentes y muestra la solidez de un sistema consolidado.

Grafico 6. Condición de Existencias por Producto el Día de la Visita (PF)



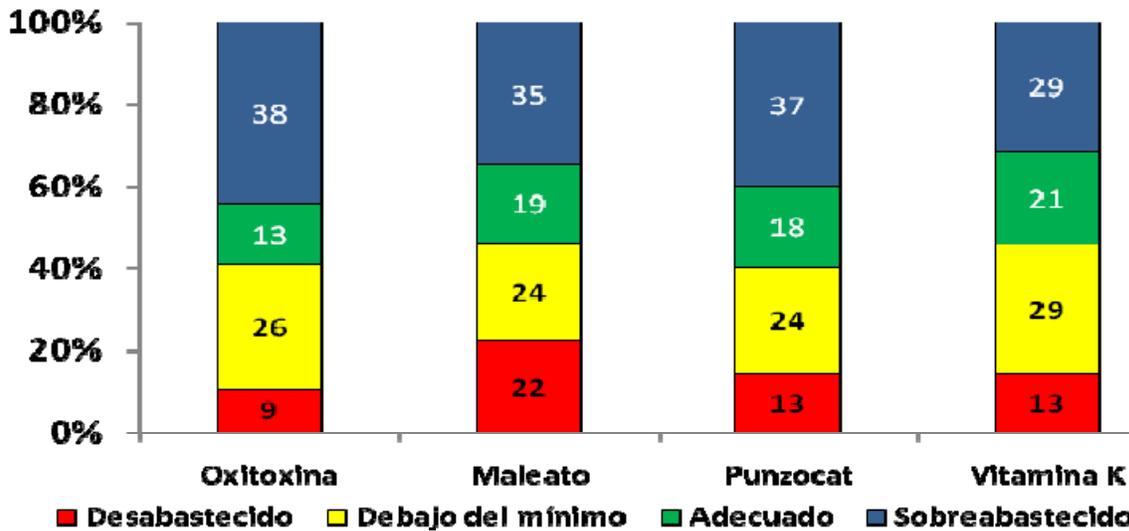
4.2 KITS DE PARTO

El control de inventarios del programa de kits de parto no está sistematizado. Es decir, no está planificado el período en el que se va a abastecer a los servicios ni las cantidades que se les debe entregar. No está establecido el factor determinante que originará una distribución, no es el establecimiento el que hace un pedido y al no tener las regiones un abastecimiento regular, probablemente se vean en la necesidad de asignar cantidades arbitrariamente a sus establecimientos, en el momento que reciben una dotación del nivel central.

Si el MSPBS quisiera implementar un sistema de control de inventarios de fácil aplicación, podría seguir el modelo del sistema de los anticonceptivos que han demostrado efectividad. Partiendo de este supuesto, se analizaron los niveles de existencia encontrados para los cuatro productos trazadores de este estudio. Con los mismos parámetros de 2 meses y 1 mes como niveles máximos y mínimos podemos reportar sus niveles de sobreabastecimiento, abastecimiento por debajo del nivel mínimo y abastecimiento correcto. Al igual que para anticonceptivos, el desabastecimiento significa stock "0".

Podemos observar gráficamente, que al mismo tiempo que hay sobreabastecimiento, también podemos ver altos niveles de desabastecimiento. En el **Gráfico 7** podemos apreciar lo mencionado.

Gráfico 7. Condición de Existencias por Producto el Día de la Visita (KP)



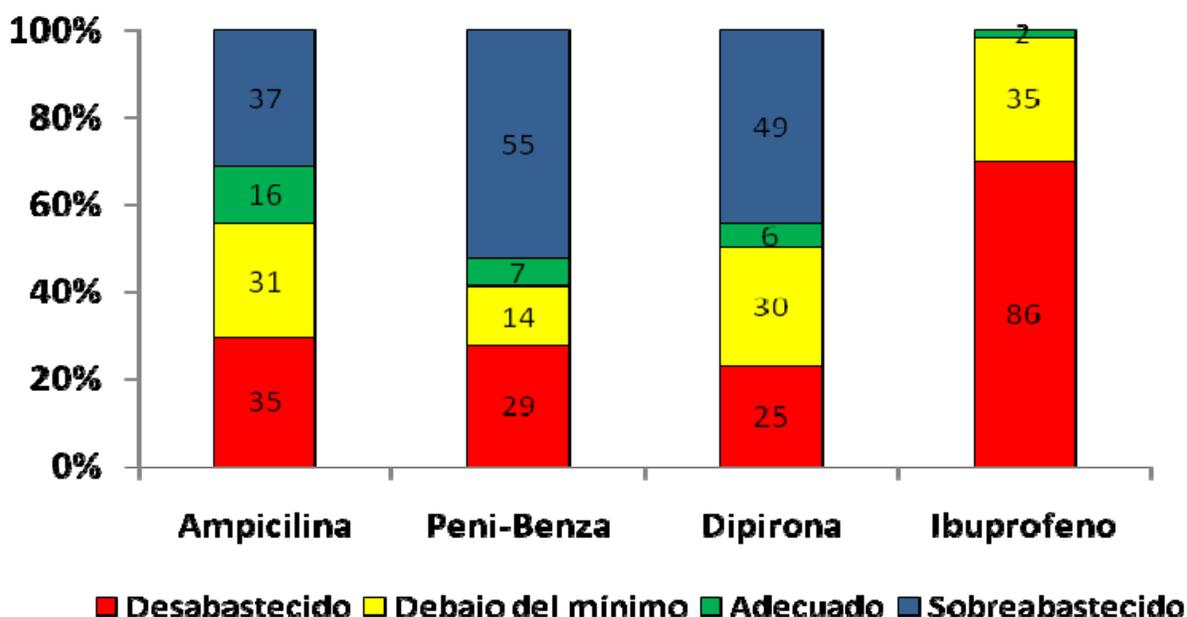
Cuando obtenemos el indicador combinado, encontramos que sólo el 5% de establecimientos tenía sus existencias en niveles adecuados para los cuatro medicamentos trazadores, al momento de la visita.

4.3 MEDICAMENTOS ESENCIALES

Uno de los indicadores más importantes para medir el desempeño de un sistema de suministros es la disponibilidad de insumos en el punto de entrega de servicios (PES). Para

establecer una línea de base de las existencias de insumos del programa de medicamentos esenciales se resume a continuación en la **Gráfica 8** la situación del sistema de control de inventarios.

Gráfica 8 Condición de Existencias en los Establecimientos el Día de la Visita, por Medicamento



Nota: el universo para el indicador de desabastecimiento es mayor, para los otros indicadores no se contó en todos los casos con el dato de consumo para calcularlo.

Se observa que el medicamento que experimentó mayor desabastecimiento en los establecimientos de salud fue el Ibuprofeno de 400 mg. La razón de mayor mención, como podemos ver en la **tabla 3**, fue porque “mi nivel superior no tenía suficiente”, lo cual evidencia ya sea mal cálculo para la adquisición de este producto a nivel central o recorte presupuestal.

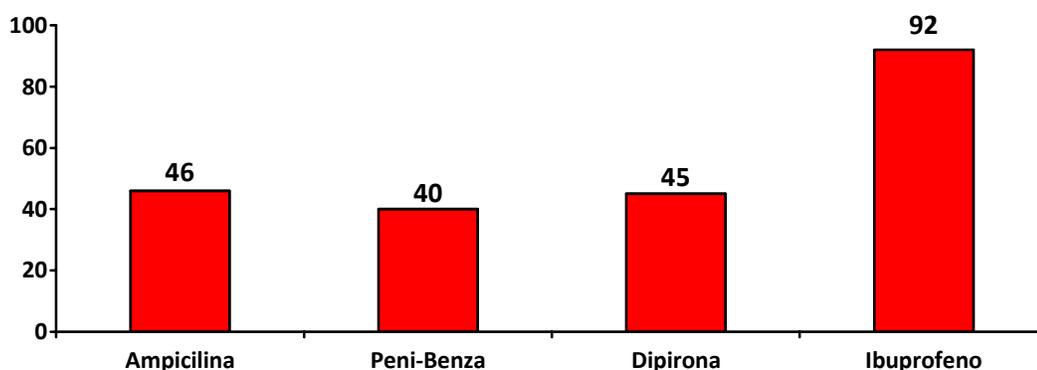
Tabla 3. Razones para el desabastecimiento, por producto (ME) en porcentaje.

	Ampicilina	Peni-Benz	Dipirona	Ibuprofeno
No me enviaron lo que pedí	5,00	-	8,33	2,13
Me demoré en pedir	-	-	4,17	-
Mi nivel superior no tenía suficiente	55,00	53,33	66,67	78,72
No pudimos ir a recoger	10,00	6,67	-	-
Aumentó el consumo	-	-	4,17	2,13
Se vencieron los productos que teníamos	5,00	-	-	-
No pedí	5,00	6,67	4,17	-
Mal cálculo de pedido	5,00	13,33	4,17	2,13
Discontinuidad	5,00	6,67	4,17	8,51
Otras	10,00	13,33	4,17	6,38

Se puede observar que al tiempo que existe desabastecimiento, los niveles de sobreabastecimiento de los mismos productos son altos. Esto se debe a que no está implementado un sistema que permita reabastecer a los PES basándose en cálculos técnicos. Los encargados de logística necesitan atender no solo a los servicios que experimentaron desabastecimiento, sino también los que están sobreabastecidos por el riesgo de vencimientos de medicamentos y pérdida de los escasos recursos financieros que se invierten en la compra de medicamentos.

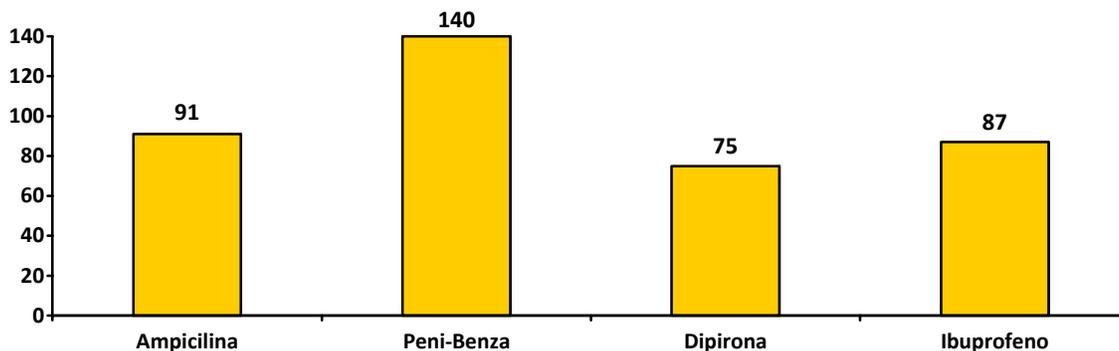
Cuando analizamos el indicador de desabastecimiento en los últimos seis meses, **Gráfica 9**, vemos que el indicador se ve más alto y esto naturalmente se debe a que se analizan 180 días a diferencia del momento de la visita.

Gráfica 9. Desabastecimiento en los últimos 6 meses (Medicamentos Esenciales)



Con el fin de profundizar en el análisis de las existencias, el estudio recolectó un dato muy importante, el cual mide la cantidad de días que en promedio los PES experimentaron desabastecimiento. En la **Gráfica 10** se observa que la penicilina benzatínica experimentó un mayor número de días (140 en promedio), seguido por la ampicilina y el ibuprofeno con 90 días aproximadamente. La cantidad de días desabastecidos es crucial para medir la tasa de falta de atención a los usuarios y los problemas relacionados con la falta de acceso a los medicamentos que tratan enfermedades y padecimientos fácilmente prevenibles.

Gráfica 10 Promedio de Días Desabastecidos en los Últimos 6 Meses Anteriores al Estudio (ME)



En resumen, la situación de existencias de medicamentos esenciales en la red de servicios del MSPBS muestra que hay oportunidades para mejorar la calidad de los datos esenciales de logística y estandarizar los procedimientos de reporte y uso de la información para un abastecimiento suficiente y oportuno.

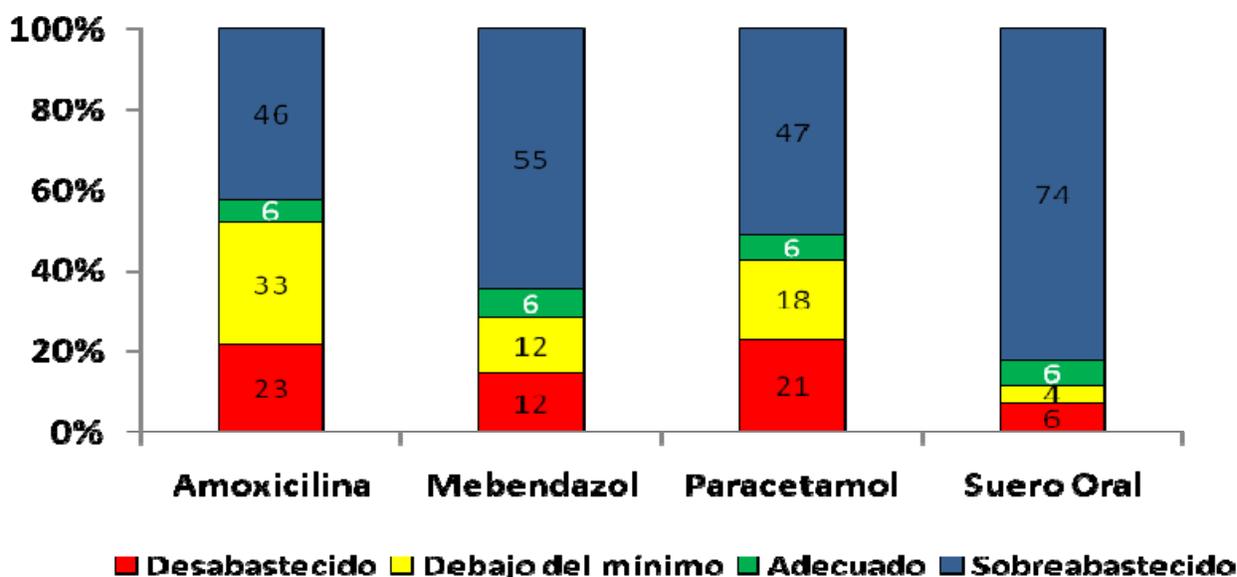
4.4 PROGRAMA CUIDADO SANITARIO BÁSICO (PCSB)

Al igual que el programa de kits de parto y de medicamentos esenciales, el estudio recolectó la situación de las existencias de cuatro medicamentos del PCSB. Casualmente, durante el mismo período del estudio, el MSPBS había reiniciado la distribución de medicamentos de dicho programa a los PES, que se interrumpió en Noviembre 2007. Esta situación probablemente incidió en los indicadores que se presentan en la **Gráfica 11**.

En la sección de distribución y del sistema de información se mencionó que el PCSB, no obstante llevar formularios que registran consumo y existencias, dichos datos esenciales de logística no se toman en cuenta para reabastecer a los servicios de salud. Por esta razón, en la **Gráfica 11** se observan dos desbalances en el sistema logístico del PCSB.

Un dato que refleja el exceso de productos que envían a los servicios y que no tienen una demanda correspondiente es el caso de suero oral, que experimentó sobreabastecimiento en el 74% de los servicios de salud. En otras palabras, los dos desbalances en el sistema es que los PES reciben medicamento que no corresponde a la demanda y que probablemente se vencerán. Al mismo tiempo, reciben cantidades insuficientes de los medicamentos que consumen más.

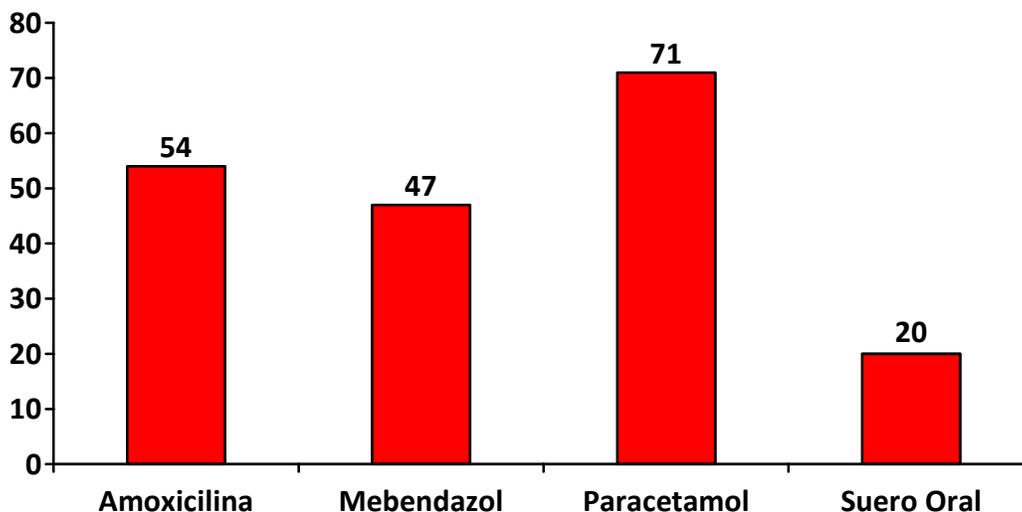
Gráfica 11. Condición de Existencias en los Establecimientos el Día de la Visita, por Medicamento, PCSB



Nota: el universo para el indicador de desabastecimiento es mayor, para los otros indicadores no se contó en todos los casos con el dato de consumo para calcularlo.

Cuando se analiza el indicador de desabastecimiento en algún momento de los últimos seis meses al estudio podemos observar, **gráfica 12**, que el 71% y el 54% de los servicios de salud, muestran desabastecimiento de Paracetamol y Amoxicilina respectivamente. Al mismo tiempo, estos productos también experimentaron sobreabastecimiento en el 47% y 46% de los establecimientos, respectivamente, como se observó en el **Grafico 11**.

Gráfica 12. Porcentaje de Establecimientos que sufrieron Desabastecimiento en los Últimos 6 Meses (PCSB)



Del porcentaje de establecimientos que experimentaron algún desabastecimiento, se investigaron las causas. Cuando fue posible se verificaron cálculos de pedidos anteriores y se determinaron las causas como lo muestra la **Tabla 4**.

Tabla 4 Razones del desabastecimiento, por productos (PCSB) en porcentajes.

	Amoxicilina	Mebendazol	Paracetamol	Suero Oral
Mi nivel superior no tenía suficiente	6.06	-	-	-
Aumentó el consumo	3.03	-	4.65	8.33
Discontinuidad	84.85	92.8	86.05	91.67
Otras	6.06	7.14	9.30	-

El dato más relevante de la tabla anterior es que la razón común a todos los medicamentos del PCSB fue la discontinuidad de los cuatro medicamentos evaluados. Este hallazgo se explica por la interrupción en la distribución de los medicamentos del PCSB sucedido desde noviembre 2007.

Como se mencionó anteriormente en este informe, aún cuando el estudio se concentró en evaluar amoxicilina, mebendazol, paracetamol y suero oral, durante las visitas se encontró que el sulfato ferroso y la vaselina azufrada, aunque no forman parte de los insumos evaluados, son algunos de los productos con grandes cantidades que están vencidas o próximas a vencer.

Para mayor información al respecto, se puede consultar al PCSB del MSPBS ya que algunos de los equipos lograron cuantificar la cantidad de producto vencido o próximo a vencer.

Estos hallazgos obligan a replantear la política de distribución de estos medicamentos para evitar mayor desperdicio de recursos.

5. USO Y CONSUMO

5.1 PLANIFICACION FAMILIAR

Por tercera vez se realiza este estudio para el programa de PF y los hallazgos han servido para, entre otras cosas, ir eliminando las barreras que limitaban el acceso de los usuarios a los anticonceptivos. Se eliminaron el costo de la consulta y la firma para recibir el producto, se liberó la cantidad de insumos entregados por visita, se está implementando una estrategia de IEC y se ha capacitado en técnicas de orientación en PF. En el 2005 un 80% de los proveedores de servicio respondió que existían limitaciones para el acceso a los anticonceptivos, en el 2006 un 40% y en el 2008 21%. La mayor mención esta vez es el horario. Solo el 42% de los establecimientos reporta atender mañana y tarde, si a eso le añadimos que en algunas regiones existe la norma de cerrar de martes a jueves para salir a vacunar, entonces concluimos que la disponibilidad del servicio es muy limitada.

Al indagar acerca del uso del formulario de consentimiento informado en los establecimientos que realizan Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria encontramos que a diferencia de los estudios anteriores, 47,6% en Diciembre 2005 y 60% Octubre 2006, ahora se pudo observar el formulario en 83,3% de los servicios que realizan AQV.

5.2 KITS DE PARTO

Cuando se indagó por las barreras para que una embarazada acceda a un kit de parto, la razón mencionada fue el desabastecimiento de los insumos. Se observó también que algunos establecimientos reciben kits, pero no atienden partos. El 41% de los establecimientos tenía producto vencido o por vencerse, esto como consecuencia del sobreabastecimiento y la distribución equivocada de estos insumos a establecimientos que no prestan el servicio.

La nueva tendencia de atención de parto humanizado, propone un protocolo de abordaje más natural y seguro que por un lado tiende a prevenir infecciones y hemorragias, y por otro lado exige menor grado de intervención del proveedor de servicio y por consiguiente menos uso de medicamentos. La composición actual del kit de parto, aparentemente responde a necesidades de una cesárea con complicaciones y este tipo de medicamentos deberían ser distribuidos solo a centros de salud y hospitales de mayor complejidad, que atienden este tipo de intervenciones.

5.3 MEDICAMENTOS ESENCIALES

Los entrevistados indicaron que una de las razones que limitan el acceso de los usuarios a los medicamentos es la falta de producto, esto lo expresaron en el 60% de los establecimientos visitados. Este hallazgo coincide con el nivel de desabastecimiento de un producto básico como es el ibuprofeno 400mg en el 91% de los PES.

Tan irregular abastecimiento puede indicar también que el listado básico de medicamentos está desactualizado y los productos seleccionados no son los de mayor demanda, o bien, que los profesionales no quieren recetar el producto o desconocen los productos disponibles.

Un aspecto externo a la entrevista estructurada fue el tema de las donaciones sin planeación. Algunos entrevistados indicaron que dichas donaciones dificultan el manejo del inventario cuando éstas no obedecen a una programación basada en la demanda, lo cual se agrava si las fechas de vencimiento son cortas. En lo que respecta al horario, el 29% de los servicios de salud atienden en turnos de mañana, tarde y noche. Por último, pero de igual importancia es el porcentaje de productos vencidos o por vencer que se encontraron en el 25% de los establecimientos, hallazgo que merece un seguimiento inmediato para tomar las medidas necesarias para evitar mayores vencimientos.

5.4 PROGRAMA DE CUIDADOS SANITARIOS BÁSICOS

Una de las limitantes que indicaron los entrevistados es la falta de producto, la cual se mencionó en el 55% de los establecimientos visitados. Aunado a este reto, los entrevistados en algunos PES expresaron confusión respecto a manejar medicamentos del PCSB y medicamentos esenciales, debido a que el MSPBS recién comunicó la directriz que permite el uso de medicamentos de PCSB para población mayor de 5 años.

Con respecto al uso de ciertos medicamentos, en la mayoría de los establecimientos se encontraron grandes cantidades de vaselina azufrada que no utilizan. La prescripción de este producto se recomienda en casos de sarna y epidemias dermatológicas graves que no se han observado en el país. Esto significa que probablemente vencerán en un año por su baja rotación y además porque a los pacientes no les agrada el olor. En lo que respecta al horario de atención, el 27% de los servicios de salud atienden en turnos de mañana, tarde y noche. El indicador del porcentaje de establecimientos con medicamentos vencidos o por vencer es preocupante. Para el programa de PCSB, se encontró que en el 46% de los establecimientos hay medicamentos vencidos o por vencer (Amoxicilina, Mebendazol, Paracetamol, Suero Oral). Si se desea más información, los listados de producto vencido están disponibles en el PCSB. En el **Anexo 3** se puede observar una lista de productos encontrados en la evaluación con peligro de vencimiento o ya vencidos.

6. ALMACENAMIENTO

6.1 PLANIFICACION FAMILIAR

Las evaluaciones anteriores motivaron intervenciones para subsanar las debilidades identificadas en los almacenes regionales y el almacén central. Se dotó de equipos de aire acondicionado y colocación de mamparas, armarios y estantes. El almacén central de anticonceptivos ahora cuenta con las condiciones adecuadas de climatización y seguridad.

De igual forma, gracias a la nueva administración del almacén central se ha logrado evitar las fugas y no se han reportado más fugas de anticonceptivos al sector comercial.

Para evaluar las condiciones de almacenamiento se consideró como aceptable el cumplir por lo menos el 70% de las condiciones evaluadas. Es así como encontramos que el 66,93% de los establecimientos de la muestra cumplen con condiciones aceptables. La condición menos

cumplida naturalmente, es la de temperatura adecuada en los PES, siendo que ellos no cuentan con equipos de aire acondicionado y las altas temperaturas la mayor parte del año en el Paraguay, no permite cumplir con las recomendaciones de los fabricantes del inyectable trimestral (20°-25°) y condones (<40°).

6.2 KIT DE PARTO

Estos insumos son almacenados en las farmacias por lo general, junto con los medicamentos esenciales que maneja el establecimiento, aunque también se han encontrado establecimientos que almacenan sus KP en la Administración, junto con productos de limpieza, o acumulados en pequeñas habitaciones cerradas. En los parques sanitarios regionales, igualmente estos kits se almacenan (empaquetados o por separado) junto con los medicamentos esenciales. Sólo el 52% de los establecimientos mantienen sus insumos de kits de parto en condiciones aceptables de almacenamiento y esto se debe al sobreabastecimiento. En algunos casos se observaron los insumos en el piso por falta de espacio y por lo voluminoso de los paquetes, (cada kit incluye suero).

La Oxitocina nunca la encontramos en lugar refrigerado siendo que debe mantener una temperatura entre 2 -8°C.

6.3 MEDICAMENTOS ESENCIALES

Estos insumos son almacenados en las farmacias por lo general, junto con los kits de parto que manejan en los PES. En los parques sanitarios regionales, los medicamentos esenciales se almacenan (empaquetados o por separado) junto con los kits de parto. El 46.5% de los establecimientos cumplen con 7 o más de las condiciones aceptables de almacenamiento. El parque sanitario central de Asunción merece un reconocimiento ya que cumple con el 100% de las condiciones evaluadas y durante la visita se observó que mantienen un rígido control de inventario y uso del kárdex.

6.4 PROGRAMA CUIDADO SANITARIO BÁSICO

Estos insumos son almacenados en estanterías separadas del resto de medicamentos en los PES, y el personal de salud lleva un control y resguardo especial para los mismos, aún cuando, como se mencionara anteriormente, los parques regionales no han participado en la distribución de estos productos. Hemos observado que los insumos devueltos por sobreabastecimiento de los PES, se almacenan en el despacho y hasta en el baño de la Dirección Regional. El 44% de los establecimientos cumplen con 7 o más de las condiciones aceptables de almacenamiento. Las condiciones de almacenamiento del almacén tercerizado, CONFAR, ubicado en Asunción cumple con el 100% de las condiciones evaluadas y durante la visita se observó que mantienen un rígido control de inventario, gestión de bodegas, y el uso computarizado del kárdex, donde llevan el control de los ingresos de las licitaciones y los despachos a los PES.

RECOMENDACIONES

PLANIFICACION FAMILIAR

1. **Reforzar el sistema de distribución.** Explorar la posibilidad de dotar de vehículos a las regiones, para evitar los retiros extemporáneos del nivel central y entregar sus insumos directamente a sus PES sin que los funcionarios deban incurrir en un gasto extra, y/o presupuestar los fondos necesarios para cubrir los gastos de viaje que deben incurrir los funcionarios para retirar sus insumos.
2. **Fortalecer las habilidades técnicas del personal de salud.** Capacitar en inserción DIU y dotarles de equipo a todos los centros de referencia, para mejorar el acceso a este método. El recurso humano regional con apoyo del nivel central debe organizar jornadas de actualización en Tecnología Anticonceptiva.
3. **Generar alianzas con patrocinadores o auspiciantes locales.** Los responsables regionales pueden realizar gestiones con apoyo de la Dirección Regional para sumar auspicios con , establecimientos comerciales y/o laboratorios que les permitan realizar jornadas de capacitación local con sus PES. El Proyecto ha tomado conocimiento de iniciativas locales en ese sentido, y alienta la continuidad de estos ejemplos de autogestión a todas las regiones sanitarias.
4. **Consolidar el sistema de información.** Debe reforzarse el uso del kárdex en todas sus columnas como documento base para datos de desabastecimiento y de demanda real. Continuar con el uso de IMI e implementar un software a través de la web que facilite el proceso y asegure mayor puntualidad en el abastecimiento.
5. **Diseminar los indicadores de desabastecimiento a través del Control de Gestión.** Trimestralmente las Regiones Sanitarias remiten sus informes al nivel central y el procesamiento de estos datos genera indicadores trimestrales que se deben diseminar con las regiones. Esta información no sólo les muestra su situación sino también sirve de retroalimentación positiva ya que demuestra que todo el esfuerzo en el llenado de los informes llega a los niveles de decisión y se les da la importancia requerida.
6. **Establecer un sistema de premios a la buena gestión.** Con base en los indicadores trimestrales, el MSPBS debería establecer un sistema de premios a la buena gestión, mediante el cual las regiones que presentan excelentes indicadores (por ejemplo 0 desabastecimiento en todos sus insumos), reciban un reconocimiento por parte de las altas autoridades del nivel central, o bien alguna beca destinada a mejorar los conocimientos técnicos de los premiados. La implementación de este sistema motivará una sana competencia entre las diferentes regiones y sus responsables, que redundará en beneficio para todo el MSPBS y alentará la gestión eficiente en todos sus niveles. De igual forma las regiones podrán implementar el mismo sistema de reconocimiento para sus PES.
7. **Mejorar la cobertura de servicios de PF.** Desarrollar alianzas con el programa PAI para evitar que las usuarias de PF se encuentren con PES cerrados por vacunación. Explorar estrategias de campañas de inmunización en lugar de visitas domiciliarias y/o

establecer actividad conjunta de vacunación y entrega de métodos anticonceptivos. De esta manera se reduciría la brecha de acceso a anticonceptivos que generalmente es más grande en zona rural.

8. **Presupuestar y realizar visitas de supervisión capacitante.** El nivel central y las regiones sanitarias deberían incluir rubros presupuestarios para cubrir los gastos de supervisión capacitante, que les permitirá monitorear el cumplimiento de las normas, condiciones de abastecimiento y llenado correcto de formularios. Además de reforzar los aspectos que se encuentren débiles en los PES. Aun cuando el Proyecto tiene como una de sus actividades de asistencia técnica la elaboración de la estrategia de supervisión y los instrumentos, el MSPBS podría ir complementando esta actividad.
9. **Focalizar estrategia de IEC en distritos más pobres.** Aunque resultados preliminares de la Encuesta en Demografía y Salud 2008 muestran una aparente igualdad en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en zona rural y urbana, aún es posible que en los distritos más pobres exista algún grado de inequidad. Dado que los anticonceptivos están disponibles en cantidades suficientes en todos los PES, lo que hace falta para cerrar la brecha de demanda insatisfecha en zonas excluidas es IEC, para ello será necesaria la coordinación de responsables regionales de PF, quienes pueden gestionar con radios locales la emisión gratuita de spots radiales ya elaborados y entregados por USAID | PROYECTO DELIVER. El Proyecto ha tenido conocimiento de iniciativas de alianzas locales con emisoras comunitarias, en diferentes regiones, y es un claro ejemplo de que la autogestión es posible y se puede implementar en todo el país.
10. **Mejorar condiciones de almacenamiento en PES.** Explorar las posibilidades de dotar de equipos de aire acondicionado a los PES que no lo tienen. Como sabemos, en todo el territorio nacional la mayor parte del año, las temperaturas exceden los 25° C que se recomienda para el almacenamiento adecuado del inyectable trimestral de depósito. Si bien una correcta rotación no permitiría que el producto se quede en el PES por más de dos meses, dotar de la infraestructura necesaria aseguraría las buenas condiciones aún si se observa mala práctica en el almacenamiento.

KITS DE PARTO

1. **Revisión de protocolos.** El programa de kits de parto podría comparar sus protocolos con los recomendados por OMS-JPHIEGO en sus manuales. Esto tendría que ir acompañado naturalmente de capacitación en las nuevas prácticas de atención de parto que proponen menor intervención de parte del proveedor de servicios.
2. **Desagregar tres tipos de kits.** Para optimización del registro y mejorar la disponibilidad oportuna y uso adecuado de los insumos tendientes a mejorar la calidad en la atención de los partos, recomendamos manejar tres tipos de kits básicos, con sus productos debidamente desagregados. Se mencionan además los equipos complementarios que deben estar presente en la sala de atención en caso ocurrir una emergencia materna y/o neonatal. Estos no son parte del equipo básico o de rutina en la atención del parto, y solo deberían ser abiertos y utilizados cuando la situación de emergencia así lo indique.

- **Kit de parto vaginal**, en el cual se incluyen ocho insumos de acuerdo a lo recomendado por OMS- JHPIEGO. Además deben estar siempre disponibles en la sala de partos, fetoscopios y tensiómetros, aunque no sean parte del kit
- **Kit de cesárea** (describir los elementos básicos necesarios de una cesárea sin complicaciones)
- **Kit de complicación:** Este equipo no debe ser parte de un kit de partos básicos, pero sí debe estar siempre disponible en la respectiva sala de atención de la parturienta, para las eventuales complicaciones maternas y neonatales. Solo deben ser usados y abiertos en la eventualidad de una complicación.

En sala de partos:

- equipo de reanimación neonatal
- equipo de sutura de episiotomía
- equipo de legrado instrumental
- equipo de sutura de cuello
- equipo de venoclisis

En sala de operaciones:

- equipo para manejar emergencias respiratorias maternas y neonatales
- equipo para manejar complicaciones quirúrgicas obstétricas.

3. **Reducir el uso de Oxitocina.** De acuerdo a las recomendaciones de la OMS, para favorecer una evolución más natural del parto es necesario enfatizar la vigilancia de la mujer durante su trabajo de parto, más que en intervenciones que no son necesarias en la inmensa mayoría de los casos, y que solo la exponen a más riesgos. Por ejemplo el uso rutinario de inducción/conducción aumenta el riesgo de hiperdinamia uterina, sufrimiento fetal y parto obstruido y consecuentemente la cesárea.

No hay necesidad de oxitocina rutinaria durante el trabajo de parto. Existen otros medios naturales de estimular la dinámica uterina, además de descartar que la hipodinamia y falta de evolución en la dilatación esté causada por deshidratación y ayuno de la mujer o porque la mujer está acostada de espaldas con un suero en lugar de estar caminando para estimular una dilatación natural.

Durante el parto vaginal se recomienda efectuar de rutina el manejo activo del alumbramiento (agiliza la salida de la placenta), para lo que se requiere administrar a la mujer 10 UI de Oxitocina IM. Por lo que no es necesario incluir 20 UI en los paquetes como lo indican los protocolos actuales. Esto está induciendo a que el personal use las cuatro ampollas sin necesidad. Además de representar un mayor gasto para el MSPBS, constituye mayor riesgo para la mujer y su bebé, la oxitocina aumenta la contractibilidad uterina y usarla de rutina sin indicación contribuye a las complicaciones antes mencionadas.

Por otro lado, sí es necesario tener reserva de Oxitocina en la sala de partos, así como de ergonovina (methergin) y los sueros para ser usados solo en caso de una hemorragia post parto.

Referirse al manual de OMS-JHPIEGO sobre atención materna neonatal básica donde aparece el instrumental y los insumos para el parto normal y también para las complicaciones. Este manual también incluye la recomendación de atención inmediata

del recién nacido normal por la persona que asiste el parto o por otra persona sobre el abdomen de la madre, sin separarlo de ella y mantenerlo piel a piel con su madre por al menos los 30 primeros minutos. Esta recomendación no requiere agregar insumos al kit de parto vaginal (salvo dos paños clínicos para secar y luego envolver al recién nacido), ya que se recomienda postergar por al menos los primeros 30 minutos de vida, el examen físico, peso, talla y administración de los medicamentos de rutina.

KIT DE PARTO, MEDICAMENTOS ESENCIALES Y PROGRAMA DE CUIDADO SANITARIO BÁSICO

- 1. Estandarizar sistemas de distribución información y control de inventarios.** Implementar el uso de kárdex para el manejo de todos los medicamentos y el uso de un formulario único para reporte de datos de consumo y saldos que permita construir un sistema de control de inventarios, donde las cantidades requeridas serán calculadas por los PES en base a su propia demanda. De esta manera se pueden calendarizar las distribuciones manteniendo niveles adecuados de existencias en los PES en todo momento. Cabe resaltar que al igual que ocurre en PF, el uso y procesamiento de esta información es continuo y debe utilizar niveles intermedios para no crear cuellos de botella en el nivel central y acumulación de información sin procesar.
- 2. Capacitar en logística a toda la cadena de suministros. Diseñar una estrategia de capacitación** involucrando a los responsables regionales del parque sanitario, a quienes debe fortalecerse sus habilidades de facilitación para realizar alianzas con responsables regionales de PF quienes ya tienen experiencia en capacitación logística. Organizar en conjunto cursos de logística a todos los funcionarios de farmacia de Centros de Salud y Hospitales. En la mayoría de los casos, en nivel de Puesto de Salud, el funcionario que ya recibió un curso de logística para PF es la misma persona que maneja los demás medicamentos.
- 3. Automatizar el sistema.** Una vez que el sistema manual haya sido implementado, se puede facilitar el proceso y minimizar posibilidades de error, desarrollando un software para uso a nivel regional. En este nivel se realizaría la alimentación de datos de consumo, ajustes y saldo, para que automáticamente el software provea los cálculos para las cantidades a reabastecer a cada PES.
- 4. Actualizar el listado básico de medicamentos.** En el estudio se observó que se están adquiriendo productos que no están siendo usados por los establecimientos, esto implica que el proceso de selección debe mejorar como resultado de un mejor conocimiento de la demanda real.
- 5. Desarrollar procesos de uso racional de medicamentos.** Trabajar en jornadas de sensibilización con los facultativos para promover que en sus prescripciones apliquen los protocolos actualizados.
- 6. Mejorar el proceso de estimación de necesidades.** Contando con información de consumo histórico, estimar el uso futuro calculando las cantidades necesarias para cubrir posibles periodos de desabastecimiento en el pasado.
- 7. Ejecución eficiente de fondos para adquisiciones.** La asignación de recursos y la ejecución del gasto, debe ser una tarea conjunta entre técnicos y administradores de los

distintos programas (Kits de Parto, Medicamentos Esenciales, PCSB). Los técnicos deben proveer el plan de adquisiciones que tenga en cuenta los niveles de seguridad a todo lo largo de la cadena de distribución y los administradores deberán gestionar las compras con la celeridad necesaria que permita un abastecimiento continuo y respete el calendario de distribución establecido.

8. **Integrar las licitaciones.** Para el efecto, se requerirá un trabajo coordinado entre los diferentes programas, disponer de información logística esencial (consumo, ajustes y existencias) y analizar el presupuesto total para las compras mediante licitación.
9. **Garantizar la disponibilidad de medicamentos en horario razonable.** En muchos PES de zona rural, el funcionario debe salir a vacunar de martes a jueves, lo cual imposibilita a toda la localidad acceder a servicios de salud. El tema del horario le resta credibilidad al MSPBS, la población rural, justamente la que exige menos sus derechos, encuentra que cuando tiene una necesidad de baja resolución, no cuenta con el Puesto de Salud, razón por la cual se congestionan los servicios de referencia que están para resolver problemas de salud de mayor complejidad.
10. **Monitorear las condiciones de almacenamiento.** Cuando se haya implementado un sistema de distribución y control de inventarios estandarizado, en el que por un lado se haya optimizado el espacio disponible para almacenamiento en los PES, al dejar de recibir producto que no se necesita, pero por otro lado recibir más producto del que si se necesita, será necesario evaluar las necesidades de almacenamiento y la observancia de las pautas recomendadas para medicamentos susceptibles al calor y la luz.

ANEXOS

ANEXO 1. INDICADORES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En la **tabla 1** vemos los indicadores seleccionados que hemos venido analizando en este reporte, donde observamos la importante evolución cuando comparamos estos tres estudios.

Tabla 1 Evolución comparativa de principales indicadores seleccionados PF

INDICADOR		Línea de Base Dic. 2005	LIAT Oct. 06	LIAT Sep.08
1	% de establecimientos que reciben la cantidad que solicitan para al menos 3 de los 4 anticonceptivos básicos	25.7%	25%	79,3%
2	% de responsables de logística que han recibido capacitación en el cálculo de sus pedidos en los últimos dos años.	29.1%	46%	89,62%
3	% de establecimientos que recibió supervisión capacitante en logística en el último año.	33.3%	37%	25,2%
4	% de establecimientos donde coincide el consumo en IMI con el kardex para al menos 3 de los 4 anticonceptivos	56.1%	69.1%	73,95%
5	% de establecimientos donde coincide el saldo en IMI con el kardex para al menos 3 de los 4 anticonceptivos	35%	72.7%	69,75%
6	% de establecimientos donde el kardex coincide con el inventario físico (promedio de los 4 anticonceptivos)	9.1%	48.2%	24,29%
7	% de establecimientos desabastecidos de uno o más de los 4 anticonceptivos básicos en los últimos 6 meses	81.9%	38%	48,39%
8	% de establecimientos desabastecidos de uno o más de los 4 anticonceptivos básicos en el momento de la visita	15%	13%	4,76%
9	% de establecimientos que mantienen sus existencias entre el min y max en sus 4 anticonceptivos básicos	9.5%	5.5%	13,6%
10	% de almacenes regionales cumpliendo 80% de las condiciones evaluadas	12%	56%	76%
	% de PES cumpliendo 80% de condiciones evaluadas	50%	47%	65,45%

ANEXO 2. LÍNEA DE BASE DE LOS PRINCIPALES INDICADORES SELECCIONADOS PARA LOS PROGRAMAS DE KITS DE PARTO, MEDICINAS ESENCIALES Y PCSB

INDICADOR		KP	ME	PCSB
		Línea de Base Sep 2008	Línea de Base Sep 2008	Línea de Base Sep 2008
1	% de responsables de logística que han recibido capacitación en el cálculo de sus pedidos en los últimos dos años.		17%	15%
3	% de establecimientos desabastecidos de uno o más de los 4 medicamentos en los últimos 6 meses		90%	83%
	% de establecimientos debajo del nivel mínimo en los 4 medicamentos	18%	2%	2%
	% de establecimientos por encima del nivel máximo en los 4 medicamentos	20%	0%	17%
8	% de establecimientos desabastecidos de uno o más de los 4 medicamentos en el momento de la visita	20%	77%	31%
9	% de establecimientos que mantienen sus existencias entre el min y max en sus 4 medicamentos	5%	0%	0%
10	% de establecimientos que cumplen 7 o más de las condiciones de almacenamiento	51%	45%	44%

ANEXO 3. INSUMOS VENCIDOS Y POR VENCER

PROGRAMA	VENCIDOS	POR VENCER
PF	Postinor donados por UNFPA	
ME	50 Fcos Salbutamol	Salbutamol
	Penicilina Benzatinica 2,400,000 UI	474 amp Penicilina Benzatinica 2,400,000 UI
	Adrenalina	274 amp Penicilina Benzatinica 1,200,000
CB	Kits de Partos	3258 fcos Ampicilina
	Atropina	Mebendazol comp
	Mebendazol	Sulfato Ferroso comp
	1372 comp Sulfato Ferroso	70 Fcos Cefazolina
	452 focos Metronidazol	Vaselinas azufradas en gran cantidad
	26 ampollas Dipirona	155 Fcos Metronidazol
	30 fcos Eritomicina	15.648 fcos susp Sulfato Ferroso
	Cloranfenicol gotas oftalmicas	2211 caps Sulfato Ferroso
	42 fcos Eritromicina	499 fco Amoxicilina
KP	oxitocina	470 amp Ergonovina
	iodopovidona	Lidocaina
	Lactato ringer	Kits de Parto del BID
	Catgut	Ringer Lactato
	Kits de Partos del BID	41 amp Vit K
		Metil Bromuro de hioscina amp

MEDICAMENTO PARA EMERGENCIAS OBSTETRICAS

Sulfato de Magnesio al 50%

Observación: Solo en algunos casos se han podido cuantificar los insumos vencidos y por vencer.

Los productos encontrados que tienen la mayor cantidad de vencidos son: Sulfato ferroso comprimidos, sulfato ferroso suspensión, Penicilina Benzatinica ampollas, Kits parto del BID (incluyendo Lactato Ringer, catgut e Iodopovidona).

Para más información, visite deliver.jsi.com.

USAID | PROYECTO DELIVER

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 11th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Télefono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: askdeliver@jsi.com

Internet: deliver.jsi.com