



# PARAGUAY - EVALUACIÓN DEL SECTOR PRIVADO



Mayo 2010

Esta publicación fue producida para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue preparado por Dawn Crosby, Barbara O'Hanlon, y Françoise Armand para el proyecto Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS).



## Reporte de País No. I

**Serie de Reportes de País:** Los reportes de país de SHOPS fueron desarrollados para informar operaciones específicas de programas de SHOPS pero también contienen resultados que podrían ser de interés para un público más amplio. Todos los reportes de la serie fueron revisados por técnicos de SHOPS.

**Cita recomendada:** Crosby, Dawn, Barbara O'Hanlon and Françoise Armand. Mayo 2010. *Paraguay-Evaluación del Sector Privado* Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector, Abt Associates Inc.

**Descarga:** Descarga copias de publicaciones de SHOPS en: [www.shopsproject.org](http://www.shopsproject.org)

**Acuerdo de Cooperación No.:** GPO-A-00-09-00007

**Presentado a:** Graciela Ávila  
Oficial de Salud  
Asunción, Paraguay  
La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue | Suite 800 North  
| Bethesda, Maryland 20814 | Tel: 301.347.5000 | Fax: 301.913.9061  
| [www.shopsproject.org](http://www.shopsproject.org) | [www.abtassociates.com](http://www.abtassociates.com)

In collaboration with:  
Banyan Global | Jhpiego | Marie Stopes International  
| the Monitor Group | O'Hanlon Health Consulting

# PARAGUAY - EVALUACIÓN DEL SECTOR PRIVADO

Las opiniones de los autores presentados en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos.

# CONTENIDO

- Acrónimos..... vi**
- Agradecimientos .....viii**
- Resumen Ejecutivo..... ix**
- I. Introducción..... I**
  - I.1 Antecedentes..... I
  - I.2 Evaluacion Sector Privado ..... I
  - I.3 Subdivisión general del informe..... 2
  - I.4 Enfoque para todo el mercado y segmentación de mercado..... 2
- 2. TENDENCIAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR..... 4**
  - 2.1 Tendencias en la tasa global de fecundidad ..... 4
  - 2.2 Tendencias en las tasas de prevalencia de anticonceptivos..... 5
  - 2.3 Tendencias en la mezcla de métodos anticonceptivos ..... 7
- 3. ANÁLISIS DE LA ACTUAL SEGMENTACIÓN DEL MERCADO..... 10**
  - 3.1 Fuentes de adquisición de métodos anticonceptivos..... 10
  - 3.2 Análisis socio-económico (quintiles de riqueza) ..... 11
  - 3.3 Usuaris urbanas versus usuarias rurales..... 16
  - 3.4 Patrones regionales ..... 18
  - 3.5 Conclusiones..... 20
- 4. POLITICAS QUE INFLUYEN EN LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y PRODUCTOS DE PF..... 23**
  - 4.1 Compromiso politico y liderazgo ..... 23
  - 4.2 Entorno de politicas apoyo del sector público y privado en provision de PF..... 27
  - 4.3 Conclusion – analisis de politicas..... 28
- 5. CONCLUSIONES DE LA EVALUACION ..... 30**
- 6. RECOMENDACIONES PARA SOSTENER UNA MEZCLA ÓPTIMA EN EL MERCADO ..... 32**
  - 6.1 El rol del DAIA para monitorear la mezcla publico-privada ..... 32
  - 6.2 Reposicionar al IPS en el mercado de productos ..... 33
  - 6.3 Posicionar al CEPEP en el camino hacia la sostenibilidad ..... 35
  - 6.4 Proveedores privados con fines de lucro ..... 36
  - 6.5 SHOPS/Paraguay prioridades programaticas..... 37
- Annex A: List of Contacts for Paraguay Assessment ..... 38**
- Annex B: Bibliography ..... 40**

## LIST OF TABLES

Table 1. Paraguay's FP indicators at a glance .....	4
Table 2. Source of top 5 modern contraceptives by wealth quintile (all WRA) .....	12
Table 3. Current use of contraceptive methods by wealth quintile, 2004-2008 (%).....	14
Table 4. Sources of oral contraceptive pills within each quintile (all WRA) .....	15
Table 5. Sources of injectables within each quintile (all WRA).....	15
Table 6. Sources of IUDs within each quintile (all WRA) .....	16
Table 7. Current use of modern contraceptives by urban-rural residence (all WRA).....	17
Table 8. Source of FP methods among rural and urban residents (all WRA) .....	17
Table 9. Current use of modern contraceptives by region (all WRA)...	19
Table 10. Key findings in public sector FP policy .....	27
Table 11. Key findings in private sector FP policy .....	28

## LISTA DE FIGURAS Y GRAFICAS

Figure 1. Simple Segmentation.....	3
Figure 2. Source of Contraceptives Among Current Users (%).....	11
Figure 3. Policy timeline .....	25
Graph 1. Decline in total fertility rate .....	5
Graph 2. Evolution of CPR in Paraguay- Women in Union .....	6
Graph 3. Evolution of CPR (all methods) – Women in Union – Total and By Region.....	6
Graph 4. CPR by age group, 2008.....	7
Graph 5. Modern method use among all WRA .....	8
Graph 6. 2008 Method Mix – traditional, short-term, long-term, (all WRA) .....	9
Graph 7. SES characteristics of modern method users (all WRA).....	12
Graph 8. SES composition of the public sector user group (all WRA) ..	13
Graph 9. SES composition of the pharmacy user group (all WRA) .....	14
Graph 10: Urban/rural composition of the modern method user group (All WRA) .....	16
Graph 11. Regional composition of the modern methods user group ..	18
Graph 12. Source of FP methods by region (all WRA).....	19
Graph 13. Regional composition of the public sector user group (all WRA) .....	20
Graph 14. Regional composition of the pharmacies user group (all WRA) .....	20

# ACRONIMOS

AF	Año Fiscal
AO	Anticoncepción oral
APS	Atención Primaria de Salud (unidades de servicios de salud alejada, más pequeña que las postas de salud)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEPEP	Centro Paraguayo de Estudios de Población (afiliado de IPPF)
CIRD	Centro de Información y Recursos para el Desarrollo
CPR	Tasa de prevalencia anticonceptiva
CS	Seguridad anticonceptiva
CTU	Actualización de Tecnología Anticonceptiva
DAIA	Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos
DGEEC	Dirección General de Estadística, Encuesta y Censos
DMPA	Acetato de medroxiprogesterona
EC	Píldora de Anticoncepción de Emergencia
ENDSSR	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
GOP	Gobierno de Paraguay
IEC	Información, Educación y Comunicación
IMB	Ingresos Medios Bajos
INPPARES	Instituto Peruano de Paternidad Responsable
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IPS	Instituto de Previsión Social
LAC	Latinoamérica y el Caribe
LME	Lista de Medicamentos Esenciales
LMIS	Sistema de Información de Manejo Logístico
MCEF	Mujeres casadas en edad fértil
MEF	Mujeres en edad fértil
ME	Memorando de Entendimiento
MLAP	Métodos de Larga Acción y Permanentes (LAPM)
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
MS	Ministerio de Salud Pública

OB/GYN	Obstetra/Ginecólogo
ONG	Organización no Gubernamental
PAC	Profesional Afiliado a CEPEP
PF	Planificación Familiar
PIB	Producto Interno Bruto
PSN	Población, salud y nutrición



# AGRADECIMIENTOS

Los autores de este documento de análisis desean expresar su agradecimiento a todas las personas de Paraguay que compartieron su tiempo, ideas e información para la elaboración de este informe. Se realizaron más de 24 entrevistas con actores clave para recolectar información sobre el mercado de anticoncepción en Paraguay, además de realizarse varias reuniones y visitas a farmacias. Un agradecimiento especial a Graciela Ávila, Oficial de Salud en USAID/Paraguay, por su interés y continuo apoyo en avanzar en la seguridad anticonceptiva en Paraguay y por reconocer la importancia del sector privado para asegurar la sostenibilidad y la seguridad anticonceptiva. Adicionalmente, el equipo evaluador desea reconocer la excelente ayuda y cooperación recibida de Bernardo Uribe, Representante en el País de JSI/DELIVER y su equipo. Por supuesto, nuestro gran agradecimiento a Obiko Magvanjav por el análisis de datos de la encuesta de SR de los años 1998, 2004 y 2008 y a Marianne El-Khoury por realizar el análisis de regresión de los datos de la encuesta de SR de los años 2004 y 2008. También deseáramos agradecer a Suzanne Erfurth y Erica James por la revisión y edición. Finalmente nuestro agradecimiento a Caroline Quijada por la revisión técnica y retroalimentación.

# RESUMEN EJECUTIVO

El notable éxito de Paraguay para mejorar la salud de su población es evidente, según sus indicadores de salud reproductiva. En años recientes la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos entre las mujeres en unión, como también entre las mujeres en edad reproductiva se ha incrementado en forma dramática. Esto puede atribuirse al amplio apoyo del Gobierno de Paraguay como también de USAID.

Aunque tanto el sector público, como el privado han participado y contribuido al éxito *logrado* en salud reproductiva, el crecimiento sin precedentes en el sector público durante la década pasada ha provocado el cuestionamiento de la sustentabilidad en el largo plazo de la tasa general de prevalencia anticonceptiva. Para poder ayudar a informar tanto a los tomadores de decisiones como a los líderes del mercado, esta evaluación del sector privado, solicitada por USAID/Paraguay, tiene el objetivo de determinar la actual segmentación del mercado y las tendencias recientes respecto a productos y servicios de PF para contar con un panorama adecuado de la mezcla existente entre los sectores público y privado. Finalmente, el proyecto SHOPS usará los hallazgos para implementar su estrategia y ayudar a Paraguay a lograr una mezcla público-privada apropiada y equilibrada que pueda conducir a mantener el éxito logrado hasta la fecha en salud reproductiva, luego de haberse graduado del apoyo de los donantes en temas de planificación familiar.

El análisis de los datos resultó en los siguientes hallazgos clave:

## ACTUAL SEGMENTACION DEL MERCADO

El proyecto SHOPS realizó un análisis secundario de la ENDSSRs 2004 y 2008 enfocándose en tendencias recientes relacionadas tanto a la oferta como a la demanda de PF. Es importante reconocer el crecimiento de los grupos de consumidores que participan en el mercado, específicamente aquellos en los quintiles de ingresos más bajos, áreas rurales y la región del norte, todos ellos con más probabilidad de dirigirse y usar la oferta del sector público. La actual mezcla de métodos para usuarios de PF muestra un incremento en el uso de la píldora, condones e inyectables en comparación a métodos de largo plazo y tradicionales, como también un cambio en la mezcla de métodos, entre mujeres en unión, de dos a tres métodos predominantes. Aunque no todos los actores del sector privado han experimentado un crecimiento durante este tiempo, el crecimiento rápido del sector público no ha tenido un impacto negativo general sobre el sector privado y de hecho ha mejorado la segmentación del mercado principalmente al servir a un segmento de la población sub-atendida perteneciente a los dos quintiles de población más bajos.

## POLITICAS QUE INFLUENCIAN LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE PF Y SUS PRODUCTOS

El entorno de las políticas públicas es receptivo y apoya a la PF y no se constituye en una barrera en ninguno de los tres sectores (público, sin fines de lucro y comercial). Lo que se necesita es un entorno de políticas más proactivas que incentive a estos tres grupos a definir metas y llegar a definiciones globales bajo una visión multisectorial (por ej. acceso universal a métodos anticonceptivos). Finalmente, se necesita impulsar el diálogo público-privado entre los actores clave enfocándose en lograr metas compartidas de forma colaborativa y sostenible.

## MERCADO DE PF: PRODUCTOS Y SERVICIOS

### Servicios

Los proveedores de servicios de PF no han experimentado el mismo crecimiento como lo ha hecho el mercado de productos durante el período de crecimiento. CEPEP (la afiliada Paraguaya de IPPF) ha experimentado una pérdida en su cuota de mercado y el Instituto de Previsión Social (IPS) no ha tenido crecimiento que pueda considerarse como importante. En general los proveedores comerciales clínicos no son considerados como la fuente preferida para obtener servicios de PF, ya que tanto el costo como el acceso a los proveedores privados se constituyen en un obstáculo para algunos, mientras que otros prefieren manejar por sí mismos el uso anticonceptivo sin una consulta formal con un proveedor.

### Productos

El mercado de productos anticonceptivos es competitivo. Las empresas farmacéuticas, tanto locales como internacionales tienen éxito debido al incremento en el uso de píldoras, condones e inyectables, que se pueden obtener fácilmente en las farmacias. El mercado ofrece a los consumidores en los diferentes quintiles de riqueza, una variedad de productos, marcas y precios entre los cuales pueden elegir el más conveniente para ellos.

### Conclusiones

Tomando en cuenta los hallazgos antes mencionados, el proyecto SHOPS ofreció las siguientes conclusiones:

- Paraguay disfruta de una muy buena mezcla público/privada en la provisión de métodos de PF. En general, el crecimiento del sector público como distribuidor de productos de PF no se relaciona con efectos negativos de la participación del sector privado, más bien logrando la meta de incrementar el acceso de la población sub-atendida a los anticonceptivos. Dicho esto, no todos los proveedores del sector privado experimentaron crecimiento durante el 2004-2008, pero algo de esto puede atribuir al cambio hacia métodos de corto plazo alejándose de los métodos de largo plazo.
- Los proveedores clínicos del sector privado no se muestran como la fuente de suministro preferida para productos de PF, ya que muchos paraguayas/os han empezado a auto administrar el uso de sus anticonceptivos. Es importante mantener la presencia de proveedores privados en la industria de servicios, ya que representan una oportunidad de manejar el equilibrio entre métodos de largo y corto plazo e incentivan el uso correcto de anticonceptivos hormonales en Paraguay. Además, los métodos de reabastecimiento son a largo alcance más caros que los métodos de largo plazo y permanentes.
- El factor de políticas es actualmente un elemento imparcial en el mercado de la PF, pero no debe dejarse de lado en el proceso de equilibrar la mezcla público-privado dentro del mercado de PF. La política debe incentivar el diálogo y la colaboración a todo nivel del mercado y encaminarse a lograr metas definidas en una agenda común.

## RECOMENDACIONES

Basados en los resultados de la evaluación del sector privado en Paraguay, el proyecto SHOPS ofrece a los responsables de elaborar políticas y a los líderes del mercado dos recomendaciones fundamentales dirigidas a mantener la relación favorable entre los sectores público y privado en el mercado de PF como también asegurar un mezcla de métodos de PF adecuada y equilibrada.

- Actividades de fortalecimiento de liderazgo que incluyen:

Trabajar con el Comité DAIA para ampliar su orientación y enfoque hacia todos los sectores en el mercado de PF, definir más claramente una visión universal para una mezcla de PF pública-privada sostenible, e incrementar la capacidad institucional y visibilidad del Comité DAIA como un mecanismo de políticas en Paraguay.

- Actividades de reposición que incluyen:

Brindar apoyo al IPS para consolidar el apoyo político y el compromiso por parte de los líderes del IPS para fortalecer el Programa de Salud Sexual/Reproductiva, evaluar las necesidades de las/los clientes en orientación y servicios de PF, fortalecer la capacidad en prestación de servicios y “renovar la marca y mercado” de los servicios de PF del IPS para las/los clientes.

Realizar una serie de estudios de diagnóstico para determinar el actual rol del CEPEP en el mercado de la PF y niveles de productividad, apoyando en el desarrollo e implementación de una estrategia de reposicionamiento que se enfoque en asegurar al CEPEP una posición sostenible en el mercado que le permita convertirse en una organización auto suficiente.

# I. INTRODUCCIÓN

## I.1 ANTECEDENTES

Paraguay ha realizado importantes avances en la década pasada con respecto a mejorar la salud de su gente, específicamente en aquellos indicadores relacionados a salud reproductiva y planificación familiar. Los datos de la última Encuesta de Salud Reproductiva (ENDSSR) muestran un incremento en la tasa de prevalencia anticonceptiva entre mujeres en unión en edad fértil, del 72.8% en 2004 a 79.4% en 2008. Esto se debió principalmente a un incremento en el uso de métodos modernos de planificación familiar (PF) que creció de 60.5% a 70.7%.

Durante el mismo periodo de tiempo, el apoyo del gobierno a la planificación familiar mejoró notablemente y USAID realizó una fuerte inversión en el fortalecimiento del programa de planificación familiar del Ministerio de Salud Pública y Bienestar (MSPBS). Como resultado el sector público ahora tiene un rol preponderante en la provisión de productos y servicios de PF, 6% de mujeres en unión en edad fértil (WIU) en 2004 a 42% en 2008. Varios factores explican la importante expansión del programa de PF del sector público, incluyendo el compromiso del Ministerio para la cobertura nacional bajo el programa de PF, una línea de gasto protegida dentro del presupuesto nacional para la compra de anticonceptivos y mejoras en la logística de PF, es uno de los logros más destacables.

Aunque el sector público se ha expandido a un ritmo mayor en los últimos cuatro años, tanto el sector público, como el sector privado han experimentado crecimiento. Sin embargo, la perspectiva de un crecimiento rápido y continuo en el sector público preocupó a los gerentes de programas ya que cuestionaron la sostenibilidad si la mezcla público-privada estaba desequilibrada. El crecimiento rápido del sector público puede tener consecuencias que afecten potencialmente la seguridad anticonceptiva a largo plazo al desplazar al sector privado y/o colocarlo como una carga insostenible en el sector público debido al cambio de privado a público por parte del consumidor. Este reporte analiza la segmentación actual del mercado y las tendencias recientes para evaluar si estas consecuencias son probables y cómo el crecimiento rápido en el sector público ha afectado la segmentación del mercado en Paraguay.

## I.2 EVALUACION SECTOR PRIVADO

Para tener una mayor comprensión de la dinámica del mercado de productos de PF en Paraguay, USAID/Paraguay solicitó al Proyecto “Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS)” realizar una evaluación del sector privado. La evaluación de SHOPS y la subsiguiente programación son consideradas como los pasos finales para la exitosa graduación de Paraguay del apoyo de donantes como USAID, para el tema de PF. Los hallazgos y recomendaciones respecto a la evaluación del sector privado serán usados para diseñar una estrategia que será implementada por el proyecto SHOPS para ayudar a mantener una mezcla de mercado optima, para que los avances realizados en la cobertura de PF perduren luego que USAID finalice su asistencia en PF a Paraguay.

Esta evaluación se enfocó en:

- Describir el mercado privado de planificación familiar en Paraguay (incluye ONGs y el sector comercial).
- Analizar la actual segmentación del mercado y sus tendencias recientes.
- Identificar la interfaz entre el sector público y el sector privado (incluyendo la revisión de las políticas públicas actuales respecto al sector privado).
- Examinar temas de normativa y barreras actuales para optimizar la participación del sector privado en el mercado de productos de PF.
- Identificar áreas de apoyo requerido para asegurar la “graduación exitosa”, con un enfoque específico en dos actores clave —*Centro Paraguayo de Estudios de Población* (CEPEP- la afiliada Paraguaya de IPPF) y el *Instituto de Previsión Social -IPS*.

### 1.3 SUBDIVISIÓN GENERAL DEL INFORME

Este informe trata sobre la actual segmentación del mercado en Paraguay, como también explora las tendencias respecto hacia donde puede estar dirigiéndose este mercado. La evaluación examina el rol del sector privado tomando en cuenta el rápido crecimiento dentro del sector público y como esto afecta la sostenibilidad para que la seguridad anticonceptiva siga avanzando. El informe examina cambios en la mezcla de métodos y cómo la mezcla actual de métodos afecta a los diferentes proveedores.

Además de revisar y analizar las tendencias del mercado, el informe examina otros factores que pueden haber ocasionado estos cambios y como pueden éstos influenciar en general en el sistema de planificación familiar a futuro. El análisis de políticas explora en qué medida ciertos logros legislativos han creado un entorno conducente para la planificación familiar en Paraguay y cómo la plataforma de políticas puede continuar con un rol positivo.

Debido a que la tasa de prevalencia anticonceptiva (TPA) es tan alta en Paraguay, el informe no se enfoca demasiado en los factores de la demanda; ya que la demanda parece ser fuerte y saludable en Paraguay. La evaluación se enfoca principalmente en la capacidad a largo plazo del mercado entero para poder satisfacer la demanda, y en cómo las tendencias en adquisiciones de anticonceptivos de parte de las/los consumidoras/es afectan a los diferentes proveedores de los tres sectores.

Aunque el informe es específico para los esfuerzos de programación de SHOPS/Paraguay, también muestra información que puede ser de interés para un público más amplio, dado el excelente progreso logrado en Paraguay y la favorable segmentación del mercado. Debido a que Paraguay es uno de los países líderes para los actuales esfuerzos de USAID de graduación en PF, el caso de Paraguay puede servir como modelo para otros países que reciben cooperación de USAID que estén aproximándose o ingresando al proceso de graduación, por ej. países con 60 a 70% de TPA (mujeres en unión, todos los métodos).

### 1.4 ENFOQUE PARA TODO EL MERCADO Y SEGMENTACIÓN DE MERCADO

El equipo de la evaluación usó una orientación de “mercado total” para analizar la sostenibilidad de la seguridad anticonceptiva en Paraguay y evaluar cuan apropiada es la segmentación del mercado y el rol

que tiene cada actor. Una mezcla público-privada equilibrada o “apropiada” se logra cuando las necesidades del consumidor de los varios segmentos son satisfechas por el sector correspondiente (público, ONG o comercial) de manera que se maximice la eficiencia en general y sea sostenible para los tres sectores.

La evaluación analiza la segmentación por nivel socio-económico o quintiles de riqueza, como también otros factores como la mezcla de métodos, acceso urbano versus acceso rural y distintos matices dentro de los tres sectores. La Figura 1 muestra la segmentación óptima por quintil de riqueza.

**FIGURE 1. SIMPLE SEGMENTATION**

Wealth quintile 5	Commercial Sector
Wealth quintile 4	
Wealth quintile 3	Non-profit private sector (NGO, religious organizations, etc.) and Social Security
Wealth quintile 2	
Wealth quintile 1	Ministry of Health

Además de verificar que los consumidores por cada quintil socio-económico se abastezcan de forma apropiada, la sostenibilidad también se apoya en que cada sector cuente con los incentivos apropiados y los recursos para satisfacer a sus segmentos correspondientes. El sector público debe contar con fondos y apoyo político para servir a su segmento de población. La ONG debe poder ofrecer productos y servicios de bajo costo, pero también cubrir sus costos para poder ser auto-suficientes. El sector comercial necesita tener una ganancia suficiente para poder justificar la inversión continua en el mercado. Por lo tanto, el abordaje de mercado total considera la sostenibilidad en función del uso de la consumidora y en la sostenibilidad del proveedor.

Debido a que Paraguay se encuentra en una etapa avanzada del plan de graduación de USAID, los hallazgos tienen como objetivo analizar la segmentación actual del mercado, como también identificar formas de mantener y/o mejorar la segmentación del mercado y por lo tanto la sostenibilidad general de la seguridad anticonceptiva en Paraguay.

## 2. TENDENCIAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Paraguay ha hecho avances envidiables en relación a la salud reproductiva y la planificación familiar durante los pasados 10 años. El índice de fertilidad del Paraguay está a la par con el promedio mundial estimado de 2.5 nacidos vivos por mujer<sup>1</sup>. La TPA de Paraguay es una de las más altas en Latinoamérica; según la mayor parte de las fuentes Paraguay está entre las “20 TPAs más altas” del mundo. La Sección Dos de este informe, proporciona el contexto para entender mejor el crecimiento del uso de la PF y la evolución de la mezcla público-privada en el tiempo.

**TABLE I. PARAGUAY'S FP INDICATORS AT A GLANCE**

Tasa Total de Fertilidad	2.5
TPA para MEU, todos los métodos, %	79.4
TPA para MEU, modernos,%	70.7

Fuente: ENSSR, 2008

### 2.1 TENDENCIAS EN LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

Paraguay experimento una reducción importante en la Tasa Global de Fecundidad (TGF) entre 1990 y 2008. Los estudios de Salud Reproductiva muestran que la TGF se redujo de 4.6 hijos por mujer en edad reproductiva in 1990, a 4.3 en el periodo 1995-1998, a 2.9 desde 2001-2004, a 2.5 en el último estudio.

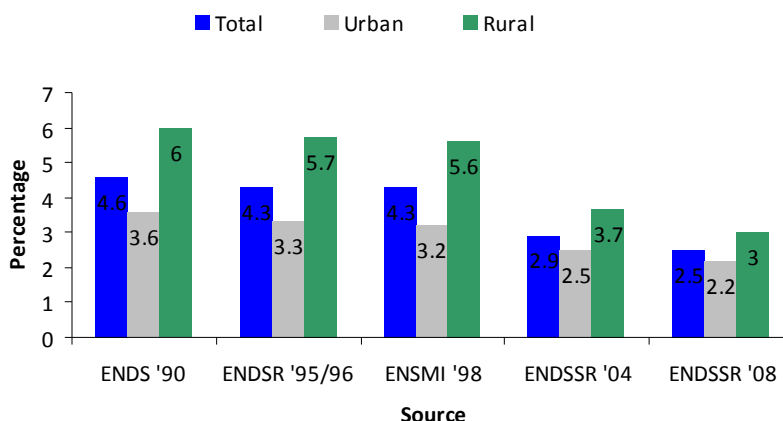
El Gráfico I muestra que las diferencias geográficas en la TGF también se han reducido durante los pasados 20 años, con una notoria aceleración en los últimos 10 años. En 1990, la TGF en las áreas urbanas fue de 3.6 (ver las barras de color gris en el Gráfico I comparada con la considerablemente mayor de 6.0 (barras de color verde) en áreas rurales. Sin embargo, para el año 2008 la TGF urbana era de 2.2 en tanto que la TGF rural era de 3.0. Esto significa que en promedio las mujeres en las áreas rurales tienen solo 0.8 más niños que las mujeres en las áreas urbanas en el Paraguay.

---

<sup>1</sup> Banco Mundial, Indicadores de Desarrollo Mundial (2010).



**GRAPH I. DECLINE IN TOTAL FERTILITY RATE**

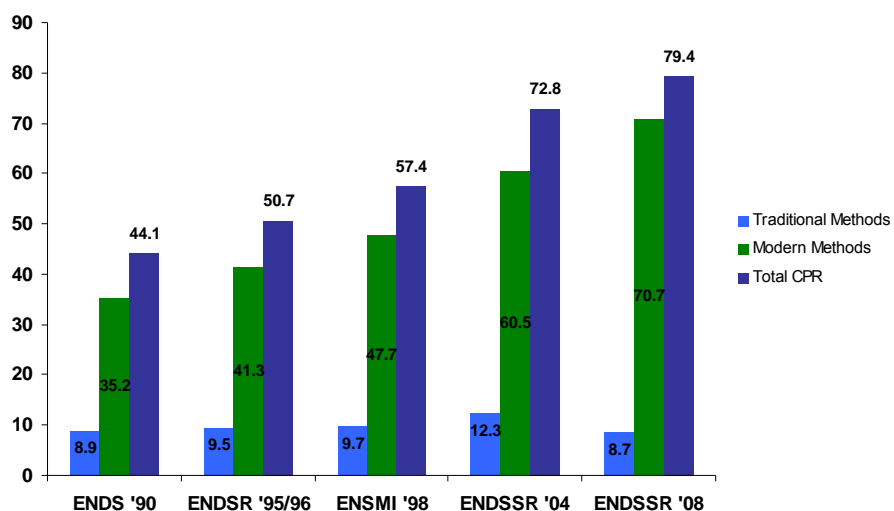


## 2.2 TENDENCIAS EN LAS TASAS DE PREVALENCIA DE ANTICONCEPTIVOS

El uso de métodos de PF experimentó de igual manera cambios dramáticos durante el mismo periodo de tiempo. Como se muestra en el Gráfico 2, la prevalencia de anticonceptivos entre Mujeres en Unión y en edad reproductiva subió de 44.1% in 1990 a 79.4% en la encuesta de 2008. El periodo de crecimiento más acelerado se experimentó entre los años 1998 y 2004 cuando la TPA en el Paraguay creció en más de 15 puntos porcentuales de 57.4% a 72.8%. Durante dicho periodo, TPA estuvo creciendo a un promedio de 2.5 puntos porcentuales por año. El crecimiento desaceleró un poco desde el año 2004 al 2008, a medida que se aproximaba a un punto de saturación, pero todavía era impresionante a 1.5 puntos porcentuales por año, de 72.8% a 79.4% en solo cuatro años.

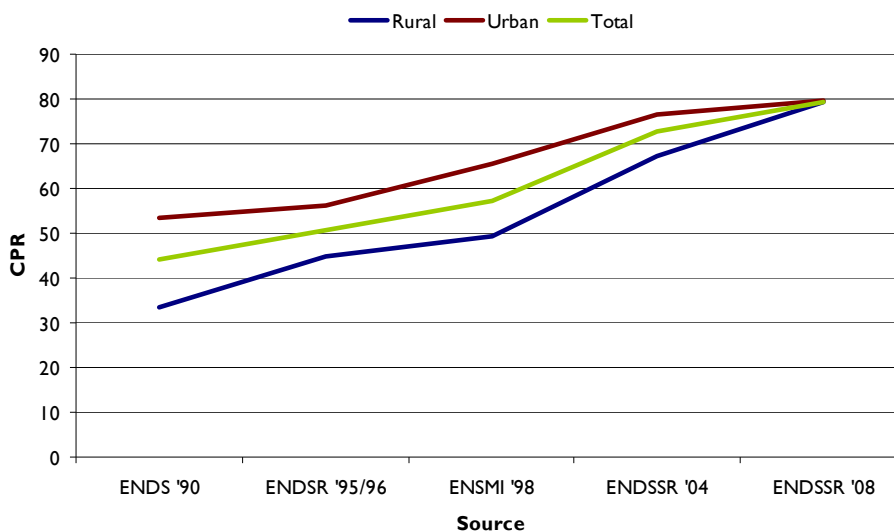
El rápido crecimiento en la prevalencia de anticonceptivos ha sido promovido por el hecho que las mujeres paraguayas optan por métodos modernos. El Gráfico 2 muestra que el uso de métodos modernos (barras de color verde en el Gráfico 2) creció de 35% en 1990 a 70.7% en el 2008. Además, la ENDSSR 2008 muestra que la prevalencia de los métodos tradicionales disminuyó de 12.3% entre las mujeres en edad reproductiva en el año 2004 a 8.7% en el año 2008.

**GRAPH 2. EVOLUTION OF CPR IN PARAGUAY- WOMEN IN UNION**



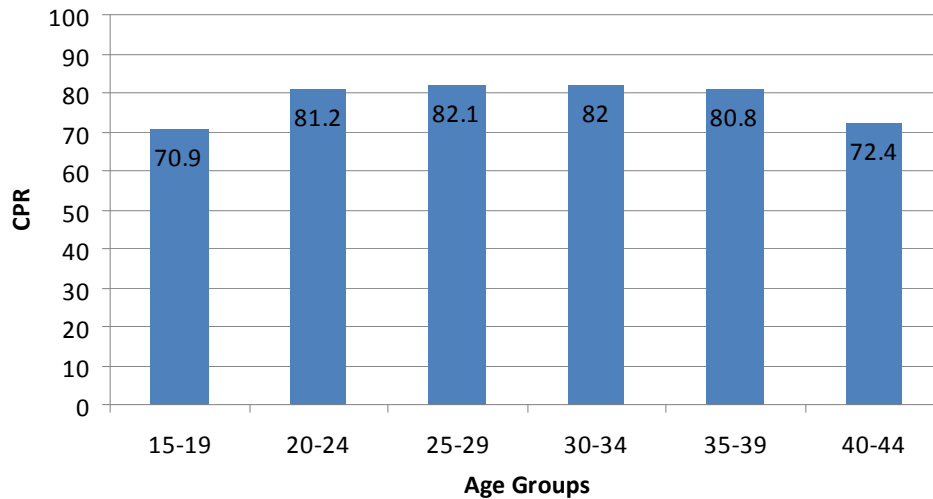
La brecha en el uso de PF entre las áreas rurales y las áreas urbanas también se ha reducido. Como se muestra el Gráfico 3, el uso de anticonceptivos en el año 1990 en las áreas rurales fue de 33.5% (línea de color azul) en tanto que en las áreas urbanas era de 53.3% (línea de color rojo). En el año 2008, el uso de anticonceptivos en las áreas rurales era el mismo que en las áreas urbanas: TPA rural de 79.3%, comparado a la TPA urbana de 79.5%. Como lo muestra el Gráfico 3, la TPA total (línea verde) en 1990 estaba esencialmente al medio entre los niveles urbano y rural, pero para el año 2008 todas las tres líneas se fusionan, en la medida que los niveles de prevalencia se hacen iguales entre las usuarias urbanas y rurales. Parece que en el Paraguay, la ubicación geográfica no influye en la posibilidad de tener acceso a la PF.

**GRAPH 3. EVOLUTION OF CPR (ALL METHODS) – WOMEN IN UNION – TOTAL AND BY REGION**



Adicionalmente, el Gráfico 4 demuestra lo parejo de la distribución de la TPA a través de los diferentes grupos de edad en el Paraguay. La TPA está en 80% o arriba de este porcentaje, de los 20 a 39 años, el centro de los años reproductivos, y arriba del 70% en los dos grupos fuera de este último.

**GRAPH 4. CPR BY AGE GROUP, 2008**

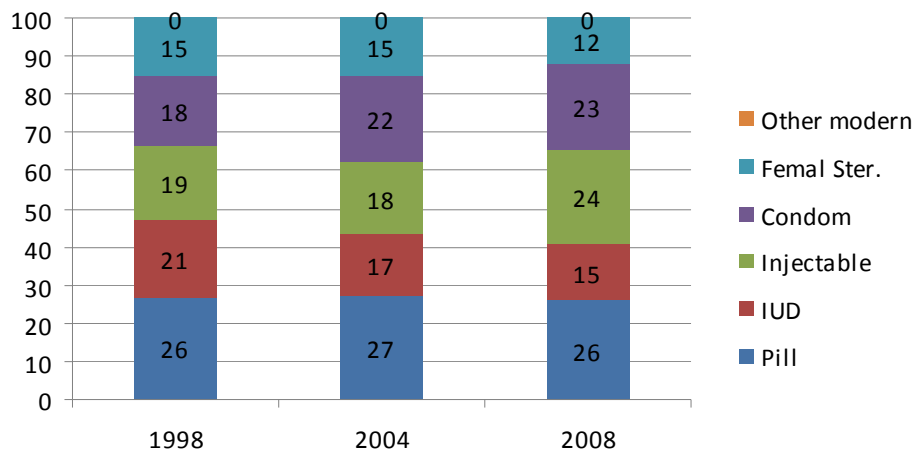


Para conseguir este trascendental éxito, todos los sectores de la sociedad – ricos y pobres, rurales y urbanos, jóvenes y viejos – tendrán que haber adoptado el uso de la PF como una norma social, y los proveedores tendrán que haber respondido a las demandas de los consumidores a lo largo de los grupos de edad, quintiles de riqueza y ubicaciones geográficas.

## 2.3 TENDENCIAS EN LA MEZCLA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El Gráfico 5 muestra que la mezcla de métodos en el caso de métodos modernos ha cambiado de algún modo en el transcurso del tiempo, destaca un cambio de métodos de largo plazo y permanentes (MPLP), DIUs y esterilización femenina hacia métodos a corto plazo. MPLP constituía 36% de los métodos usados en 1998, pero tan solo 27% en el 2008.

**GRAPH 5. MODERN METHOD USE AMONG ALL WRA**

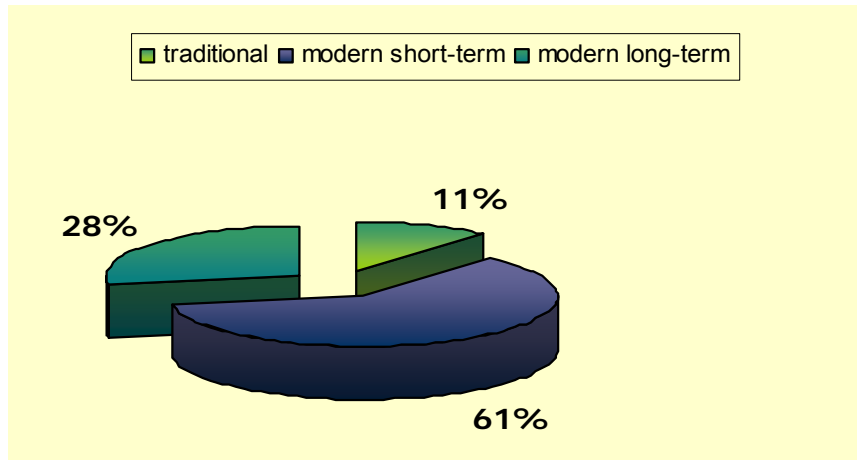


A primera vista, se puede observar que la mezcla incluye muchos métodos diferentes y que ningún método por sí solo tiene mucho más que un cuarto del mercado. En tanto que no existe la combinación ideal de métodos, este patrón de equilibrio rara vez se puede ver en otros países Latinoamericanos y Caribeños (LAC). En el Paraguay, cinco métodos están en una prevalencia de 10% o más, considerando que típicamente solo tres o cuatro métodos predominan.

Los métodos modernos que experimentaron el mayor crecimiento en cuanto a su uso durante los pasados 10 años fueron los inyectables y condones. La proporción de la población de usuarios (todos WRA) que recurre a los inyectables creció del 19% al 24%, mientras que la proporción de los que recurren a condones creció del 18% al 23%. La proporción de los que usan píldoras se mantuvo constante en un 26%, lo que significa que el uso de la píldora creció al mismo nivel que la TPA en general. Viendo tanto la tendencia de 10 años como la de cuatro años, los inyectables, las píldoras y los condones han sido los métodos con el crecimiento más rápido. El uso de DIU también ha crecido, pero a un ritmo más lento que la TPA en general, lo que explica la menor proporción de toda la población de usuarios en el 2008. En el 2004, 17% de la combinación de métodos era DIUs; esto disminuyó a 15% en el 2008. Sin embargo, la esterilización femenina no solo experimentó una disminución en su proporción relativa del método combinado de 15% en el 2004 a 12% en el 2008, también disminuyeron en la prevalencia efectiva de 11.5% en el 2004 a 9.9% en el 2008.

Debido a que los tres métodos a corto plazo predominantes han estado creciendo a un ritmo mayor que los métodos tradicionales (declinando) o los métodos a largo plazo (crecimiento marginal, disminución marginal), el método combinado general ahora se inclina hacia los métodos de re-abastecimiento. En el 2008, más mujeres utilizaban la píldora (26%), seguido por los inyectables y condones (24% y 23%, respectivamente). El Gráfico 6 demuestra el predominio de los métodos a corto plazo (61%) sobre los métodos a largo plazo (28%) y los métodos tradicionales (11%) para todo MEF. La prevalencia de los métodos a corto plazo representó un 51% de la prevalencia total en el 2004. Los métodos a largo plazo se han mantenido uniformes y consistentes alrededor de un tercio de la combinación de métodos (33% en 1998, 32% en 2004 y 28% en 2008). El mayor movimiento en la combinación de métodos durante los pasados 10 años ha sido la disminución de los métodos tradicionales (de 17% en 1998 y 2004 a 11% en 2008), y el crecimiento de los métodos modernos a corto plazo (de 49% en 1998 a 61% en 2008).

**GRAPH 6. 2008 METHOD MIX – TRADITIONAL, SHORT-TERM, LONG-TERM, ALL WRA**



Un mercado marcadamente orientado a productos de PF versus servicios en general es considerado como favorable por el sector privado porque posibilita la participación comercial activa. La configuración del Paraguay está empezando a asemejarse a los mercados de los Estados Unidos y de otros países desarrollados. En base a los datos del 2002, los métodos de corto plazo constituyeron el 56% de la mezcla de métodos en los Estados Unidos, en tanto que los métodos de largo plazo o permanentes (MPLP) conformaron el 38%, y los métodos tradicionales representaron el 6% restante<sup>2</sup>. Sin embargo, las vasectomías representan 9 puntos porcentuales de MPLP en los Estados Unidos. Descontando las vasectomías de los métodos combinados en los Estados Unidos, los dos mercados parecen bastante similares. Los productos son virtualmente los mismos a un 61%, MPLP en los Estados Unidos se convierte en 32% comparado con el 28% en el Paraguay, y los métodos tradicionales se mantienen en el 6% en los Estados Unidos versus 11% en el Paraguay.

---

<sup>2</sup> Guttmacher Institute, "Facts on Contraceptive Use," January 2008.

# 3. ANÁLISIS DE LA ACTUAL SEGMENTACIÓN DEL MERCADO

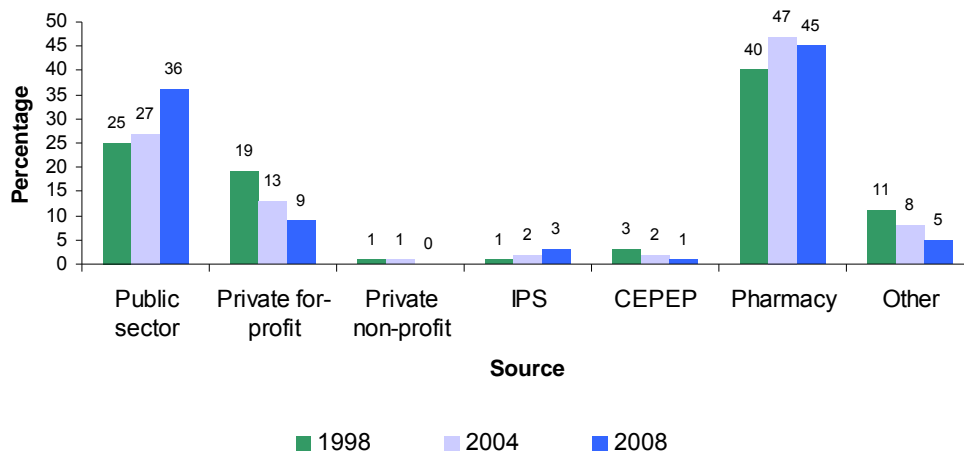
El rápido aumento en la TPA entre 1998 y 2008 vino acompañado por notorios cambios en las tendencias de parte de las consumidoras en adquisición de anticonceptivos durante el mismo período. El uso de los servicios del sector público aumento respecto a aquellos ofrecidos por el sector privado. Este análisis examina las implicaciones de los cambios que acontecieron en las tendencias de adquisición hacia fuentes que cuentan con subsidio público, frente a fuentes auto financiadas o cubiertas por el seguro, y si las tendencias actuales de adquisición son razonables. Por ejemplo, si un gran porcentaje de usuarios de medianos y altos ingresos aprovecha los servicios destinados a los pobres, se pueden requerir incentivos para alentar a estas personas a utilizar preferiblemente la atención y servicios ofrecidos por el sector privado.

A fin de contestar las preguntas en torno a los cambios y a la apropiada segmentación del mercado, SHOPS analizó los datos ENDSSR de 2004 y 2008, observando si los cambios en las tendencias en adquisición de anticonceptivos se debían a la aparición de nuevos usuarios con la necesidad de recurrir a los servicios del sector público, o si había un desplazamiento entre la población de usuarios existentes de pagar por servicios y productos a obtenerlos de manera gratuita. Finalmente, examinamos si los cambios en la elección de métodos pueden haber resultado en un cambio de la fuente de adquisición de métodos anticonceptivos.

## 3.1 FUENTES DE ADQUISICIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los datos ENDSSR continuaron reflejando una preferencia entre las/los paraguayas/os de obtener métodos de PF en el sector privado, especialmente en farmacias. Sin embargo, el suministro entre todos MEF a partir de farmacias bajó del 47% al 45% entre los años 2004 y 2008. El uso del sector público aumento de 27% a 36%, el uso de servicios IPS aumento del 2% al 3%, y el uso de servicios CEPEP disminuyó del 2% al 1% (Figura 2). Existen patrones similares entre la población MEU; el suministro a partir del sector público subió del 32% en 2004 al 42% en 2008, las farmacias disminuyeron del 50% al 41%, e IPS aumento del 2% al 3.5%.

**FIGURE 2. SOURCE OF CONTRACEPTIVES AMONG CURRENT USERS (%)**



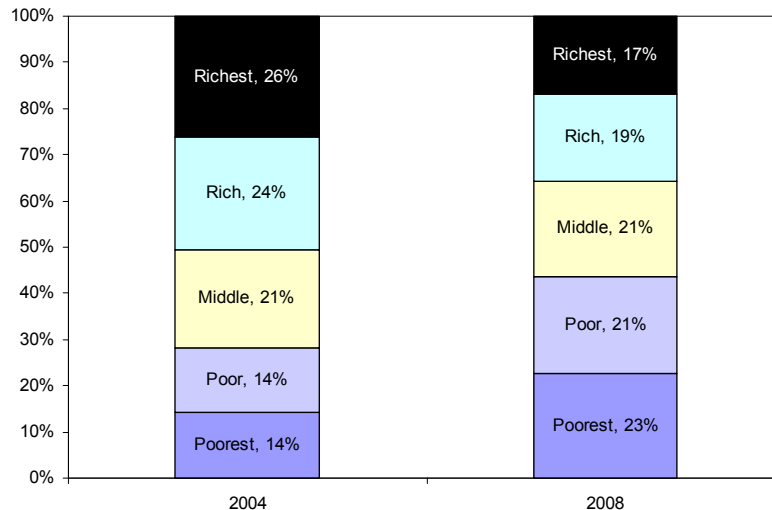
Aunque la tendencia muestra que el sector público está creciendo más rápido que el sector privado, el sector privado todavía es el proveedor mayor de anticonceptivos en el Paraguay. Todos los proveedores del sector privado representaron el 55% del suministro para todo MEF en el año 2008 y el sector público representó el 39%, con un 5% que recurren a “otras” fuentes (otros países, vecinos o amigos).

### 3.2 ANÁLISIS SOCIO-ECONÓMICO (QUINTILES DE RIQUEZA)

Se experimentaron aumentos en el uso de métodos anticonceptivos modernos a través de todos los grupos socio económicos. Los aumentos en los quintiles de ingreso más pobres y pobres fueron mayores en relación a los quintiles de riqueza medios y más altos. El Gráfico 7 muestra el cambio en la distribución por quintiles de riqueza del universo de usuarios en base al mayor crecimiento relativo en los quintiles menores. Menores aumentos se observan en los quintiles superiores, muy probablemente porque la prevalencia en estos quintiles ya era alta. El crecimiento rápido en los grupos de menores ingresos demuestra el éxito del programa en capturar a la “usuaria rezagado”, lo que es señal de un mercado avanzado.

Estos cambios se reflejan en la composición del status socio económico (SES) de la población de usuarias en general. El Gráfico 7 muestra que la población de usuarias está distribuida de manera más uniforme en el 2008 a través de los grupos de ingresos que en el 2004. Los dos quintiles más bajos representaron el 44% de todas las usuarias de anticonceptivos en el 2008, considerando que ellos representaban solo el 28% en el 2004. Estos dos quintiles ahora representan el 54% de la población usuaria de la píldora, 43% de la población usuaria de DIU, 32% de la población usuaria de inyectables, 44% de grupo de usuarios de condón y 43% del grupo de usuarios de la esterilización. Estas cifras son varios puntos porcentuales mayores que en el 2004. Es evidente que todo el grupo de usuarias es ahora “más pobre” de lo que lo fue en el 2004 debido a que la TPA ha aumentado más rápido entre los grupos de menores ingresos.

**GRAPH 7. SES CHARACTERISTICS OF MODERN METHOD USERS (ALL WRA)**



### Procedencia de los métodos con quintiles

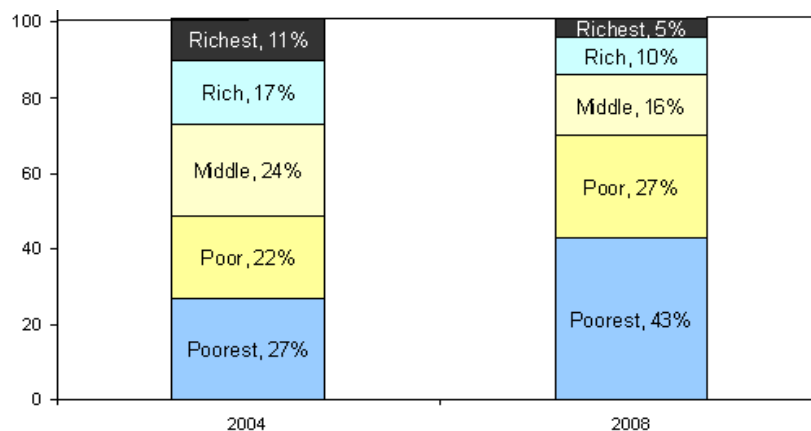
El porcentaje de usuarias de métodos modernos que obtienen el método del sector público subió en el 2008 en relación a aquellos que usan el sector privado. Es importante conocer dónde (en cuál de los segmentos de usuarias) este cambio fue más notorio. La siguiente tabla muestra que las personas en los dos quintiles más pobres tienen mayor probabilidad de obtener su método del sector público, y también se indica que lo hicieron así de manera creciente entre el 2004 y 2008. Esta tendencia pudo haberse intensificado debido a la mayor disponibilidad de productos y servicios anticonceptivos en centros de salud públicos en los cuatro años previos. Por otro lado, no se puede discutir que usuarias de ingresos altos y medios se pasaron al sector público, porque el porcentaje de personas en este grupo que obtienen métodos del sector público se ha mantenido constante o ha disminuido. El uso de farmacias, en tanto es menor en general, en realidad se incrementó en los quintiles medios y superiores como lo señala la Tabla 2 a continuación.

**TABLE 2. SOURCE OF TOP 5 MODERN CONTRACEPTIVES BY WEALTH QUINTILE (ALL WRA)**

Source of current method	Poorest		Poorer		Middle		Richer		Richest	
	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008
Public	45	68	40	46	30	27	20	19	12	12
Private for-profit	6	6	8	6	7	8	14	10	24	17
IPS	0	0	1	2	3	2	3	4	3	5
CEPEP	0	0	1	0	2	1	2	1	2	2
Pharmacy	29	22	41	39	49	54	54	60	55	59
Other	19	3	10	7	8	7	6	5	4	6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100



**GRAPH 8. SES COMPOSITION OF THE PUBLIC SECTOR USER GROUP (ALL WRA)**

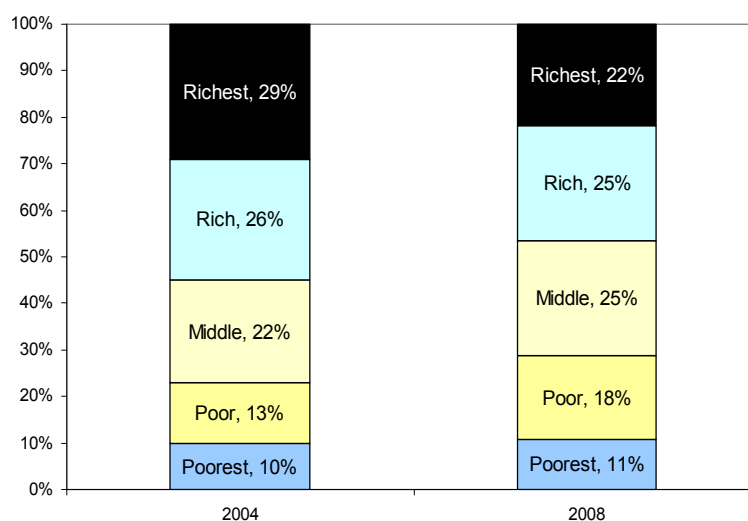


### **Perfiles socio-económicos por fuente de adquisición de método**

Otra forma de analizar las tendencias de adquisición es ver el perfil de la usuaria para cada fuente. Como lo evidencia el Gráfico 8, el perfil de la usuaria del sector público cambió dramáticamente en un corto período de tiempo de cuatro años. En el 2008, 70% de los clientes de PF del sector público provenían de los dos quintiles más pobres versus solo 49% en el 2004. En base a análisis de regresión llevados a cabo por Abt Associates, una mujer pobre en el 2008 tenía un 78% mayor probabilidad de usar el sector público que una mujer pobre en el año 2004.

El grupo de usuarias de farmacia también parece distinto en el 2008 (Gráfico 9): tiene una mayor proporción de usuarios de bajos ingresos (29% versus 23% en el 2004), y más usuarias de ingresos medios. Esto refleja el hecho de que el grupo de usuarias total incluye más personas de bajos ingresos en el 2008 (Gráfico 7). Una parte del flujo de nuevas usuarias de los dos quintiles de bajos ingresos de hecho fue a parar al grupo de farmacia. No obstante, tanto en números absolutos y relativos a otras fuentes, más usuarias de los quintiles inferiores se abastecieron del sector público en el 2008 que en el 2004.

**GRAPH 9. SES COMPOSITION OF THE PHARMACY USER GROUP (ALL WRA)**



### Elección de métodos anticonceptivos dentro de los quintiles

Los cambios más notorios en la elección de métodos entre 2004 y 2008 incluyeron un aumento relativo en la proporción de la población usuaria que usa píldoras e inyectables, y una disminución relativa en la proporción del total de la población usuaria que recurre a DIUs, condones y esterilización (aunque el uso de tanto condones como DIUs efectivamente aumento entre 2004 y 2008). El uso de píldoras tuvo su mayor aumento en los quintiles más pobres y ricos, probablemente reflejando la combinación de mayor disponibilidad de productos en el sector público e inversiones de mercadeo intensivas en esta clase de productos por parte de empresas farmacéuticas. Muchas nuevas usuarias de píldoras pueden haber sido anteriores usuarios de métodos tradicionales. Los métodos tradicionales experimentaron una significativa baja en popularidad, cayendo del 22% al 10% en el quintil más pobre y del 16% al 12% en el quintil más rico. Interesantemente, el quintil más rico ahora tiene un mayor uso relativo de métodos tradicionales que el quintil más pobre, aunque este es solo ligeramente mayor. El uso de inyectables es el que más aumentó en los dos quintiles más bajos y medios.

**TABLE 3. CURRENT USE OF CONTRACEPTIVE METHODS BY WEALTH QUINTILE, 2004-2008 (%)**

Current method	Poorest		Poorer		Middle		Richer		Richest	
	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008
<b>Modern</b>	78	90	82	90	83	89	86	90	84	88
Pill	30	33	27	25	20	19	16	19	14	21
IUD	11	13	14	12	13	12	14	15	15	14
Condom	12	9	16	20	20	21	24	26	26	26
Injectable	12	23	13	21	16	26	18	22	13	14
Female Sterilization	12	10	12	11	13	10	14	9	15	12
Other *	1	2	0	1	1	0	0	0	0	1
<b>Traditional **</b>	22	10	18	10	17	11	14	10	16	12
Column total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

\*Other modern methods include: vasectomy, vaginal methods, patches and LAM.

\*\*Traditional methods include withdrawal, rhythm method, and billings.

Dónde obtienen las personas sus anticonceptivos varía por método. La Tabla 4 muestra que los quintiles pobres y más pobres tienen mayor probabilidad de obtener las píldoras del sector público en comparación de otros grupos; más aún entre el 2004 y el 2008 el uso que hicieron del sector público para obtener las píldoras se incrementó, y el uso de las farmacias disminuyó. Curiosamente, el porcentaje de usuarias de píldoras en el quintil más rico que obtienen píldoras en el sector público también se incrementó, aunque la vasta mayoría todavía se aprovisiona en las farmacias. Las usuarias de píldoras en los quintiles medios en realidad disminuyeron su abastecimiento del sector público y aumentaron la adquisición de las farmacias.

**TABLE 4. SOURCES OF ORAL CONTRACEPTIVE PILLS WITHIN EACH QUINTILE (ALL WRA)**

Source of OCs	Poorest		Poor		Middle		Rich		Richest	
	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008
Public	52.7	70.6	42.3	56.5	33.6	28.2	14.1	14.5	4.5	10.2
Private for-profit	0.2	5.8	3.3	7.8	0.2	6.8	1.3	3.3	5.1	4.8
Private non profit	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0
IPS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.7	1.2	0.0
CEPEP	0.0	0.0	0.6	0.0	1.6	1.3	4.4	0.0	1.3	0.8
Pharmacy	40.0	22.1	51.4	33.9	58.9	59.6	75.4	80.1	86.5	84.2
Other	7.1	1.4	2.4	1.3	5.8	4.1	3.6	1.4	1.5	0.0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

La siguiente tabla refleja una historia similar para el caso de los inyectables. Las usuarias en los dos quintiles más pobres tuvieron mucha mayor probabilidad de obtener este tipo de anticonceptivo en el sector público, y lo hicieron así en mayores cantidades en el 2008. Al contrario, la vasta mayoría de usuarios de inyectables en los dos quintiles medios y superiores aún obtienen el producto en farmacias—aunque hubo un cambio mínimo hacia al sector público, posiblemente porque los centros de salud públicos ofrecen un inyectable de tres meses, DMPA, el cual no está disponible en el sector privado (con la excepción de CEPEP). El mismo fenómeno explica porque existen menos usuarias de bajos ingresos que acuden al sector público en comparación a las usuarias de píldoras, ya que los inyectables mensuales están disponibles solamente en el sector privado.

**TABLE 5. SOURCES OF INJECTABLES WITHIN EACH QUINTILE (ALL WRA)**

Source of ICs	Poorest		Poor		Middle		Rich		Richest	
	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008
Public sector	32.01	42.0	13.72	18.1	7.38	9.4	6.44	5.7	2.43	3.3
Private for-profit	0.47	0.9	0.98	0.0	0.55	1.2	0.85	1.6	0.35	1.3
Private non-profit	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
IPS	*	0.0	*	0.5	*	0.0	*	0.0	*	0.4
CEPEP	0	*	0	*	0	*	0.43	*	0	*
Pharmacy	61.35	44.7	84.27	59.7	86.81	76.0	86.54	79.2	92.37	78.2
Other	6.17	12.4	1.03	21.7	5.25	13.4	5.75	13.6	4.85	16.8
Total	100	100.0	100	100.0	100	100.0	100	100.0	100	100.0

La Tabla 6 muestra que la mayoría de las usuarias de bajos ingresos obtuvieron DIUs del sector público en el 2004 y esta preferencia se mantuvo en el 2008. Sin embargo, el grupo de ingresos medios tuvo una probabilidad menor de obtener DIUs en el sector público, y en lugar de ello usó el sector privado con fines de lucro, IPS y CEPEP en mayores proporciones en el 2008 que en el 2004. Sorprendentemente, más usuarias de los quintiles ricos y más ricos respectivamente obtuvieron DIUs en el sector público, lo que parece corresponder a una disminución en el uso de proveedores privados con fines de lucro. Cabe destacar que la compra de DIUs en farmacias parece haberse detenido, lo que sugiere que este producto se ha vuelto difícil de encontrar en el sector privado. Más usuarias obtuvieron el método proveniente de IPS a través de todos los quintiles de riqueza.

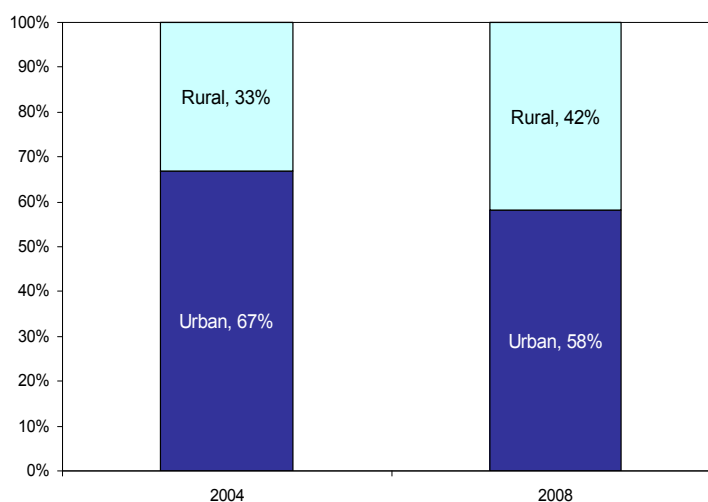
**TABLE 6. SOURCES OF IUDS WITHIN EACH QUINTILE (ALL WRA)**

Source of IUDs	Wealth quintile									
	Poorest		Poor		Middle		Rich		Richest	
	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008
Public sector	92.48	91.05	86.98	86.1	74.42	61.9	29.15	47.07	29.15	32.24
Private for-profit	1.78	4.72	7.21	7.05	15.32	23.15	56.41	31.52	56.41	46.45
Private non-profit	*	0	*	0	*	1.99	*	1.96	*	1.3
IPS	2.54	0	0	3.45	0	4.13	2.35	13.67	2.35	10.83
CEPEP	0	2.44	0.47	1.63	2.47	6.68	2.32	5.78	2.32	7.43
Pharmacy	1.85	*	1.69	*	6.65	*	6.82	*	6.82	*
Other	1.34	1.79	3.65	1.78	1.14	2.15	2.95	0	2.95	1.74
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

### 3.3 USUARIAS URBANAS VERSUS USUARIAS RURALES

Entre el 2004 y el 2008, la cantidad de personas usando métodos modernos provenientes de áreas rurales aumentó de manera notable. El grupo total de usuarias ahora incluye 42% de usuarias rurales, versus 33% en el 2004. Esta distribución refleja mejor el total de la distribución poblacional del Paraguay, que es aproximadamente 60% urbana y 40% rural, y explica porque la TPA es virtualmente la misma entre MEU de áreas urbanas y rurales: 79.5% y 79.3% respectivamente. El cambio se siente a través de todos los métodos anticonceptivos. La diferencia más significativa es en el grupo de usuarias de inyectables: 42% de las usuarias de inyectables están ahora en áreas rurales, versus 29% en el 2004.

**GRAPH 10: URBAN/RURAL COMPOSITION OF THE MODERN METHOD USER GROUP (ALL WRA)**



Las usuarias rurales tienden a preferir píldoras, en tanto que los condones es el método de mayor uso en las áreas urbanas (notar que estos datos incluyen todos MEF, no solo mujeres en unión). Los cambios en la mezcla de métodos entre el 2004 y el 2008 fueron similares en las áreas urbanas y rurales. El uso de métodos tradicionales disminuyó, y esta disminución se puede reflejar en un mayor uso de píldoras e inyectables en ambos grupos. Tanto la proporción de la población de usuarias que usan la esterilización y el DIU disminuyeron en el segmento urbano.

**TABLE 7. CURRENT USE OF MODERN CONTRACEPTIVES BY URBAN-RURAL RESIDENCE (ALL WRA)**

Current method	Urban		Rural		Total	
	2004	2008	2004	2008	2004	2008
<b>Modern method</b>	83	89	82	89	83	89
Pill	16	18	29	31	20	24
*IUD	15	14	12	12	14	13
Condom	23	24	15	15	21	20
Injectable	15	22	13	21	15	22
Female sterilization	14	11	12	9	13	10
<b>Other modern</b>	0	1	1	1	0	1
Traditional method	17	11	18	11	17	11
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\*Conversely, IUD use among WIU increased from 2004 to 2008.

El incremento en las usuarias de áreas rurales respecto a las áreas urbanas tiene implicaciones para las fuentes de adquisición. La Tabla 8 muestra que las residentes de áreas rurales (que ya tienen mayor probabilidad que las usuarias urbanas de utilizar el sector público) aumentaron sustancialmente su adquisición de anticonceptivos del sector público entre el 2004 y el 2008. Aunque el uso del sector público también ha crecido en áreas urbanas, el incremento es pequeño respecto a las áreas rurales; 4.7 puntos porcentuales en áreas urbanas versus 12.1 puntos porcentuales en áreas rurales. Curiosamente, los proveedores privados con fines de lucro experimentaron una disminución en las áreas urbanas, y un incremento en las áreas rurales.

**TABLE 8. SOURCE OF FP METHODS AMONG RURAL AND URBAN RESIDENTS (ALL WRA)**

Source of modern methods	Urban			Rural			Total	
	1998	2004	2008	1998	2004	2008	2004	2008
Public sector	17.1	20.3	25.0	37.0	39.6	51.7	27	36
Private for-profit	19.5	16.3	9.8	13.6	5.8	7.9	13	9
Private non-profit	1.0	1.2	0.4	0.7	0.5	0.2	1	0
IPS	1.1	2.8	3.4	0.7	1.0	1.4	2	3
CEPEP	4.8	2.0	1.2	1.2	0.8	0.5	2	1
Pharmacy	48.9	53.2	54.9	27.2	36.0	32.5	47	45
Other	7.5	4.3	5.3	19.6	16.3	5.8	8	5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

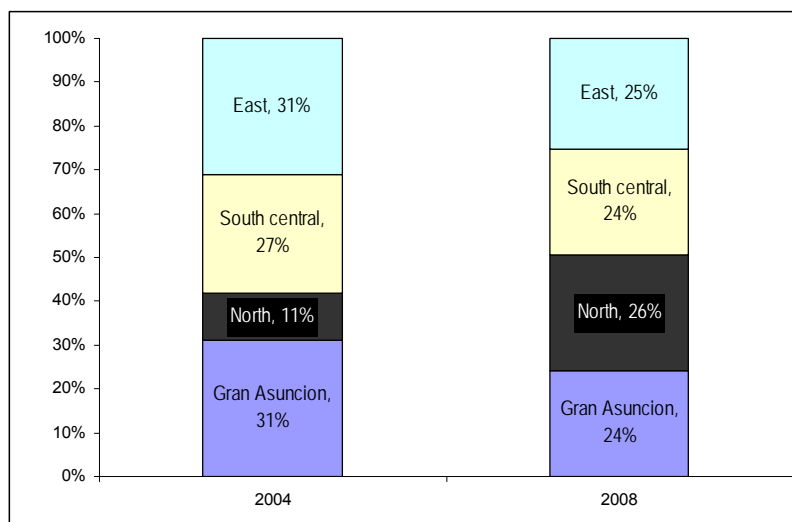
Finalmente, aunque el sector público obtuvo el mayor incremento en usuarias rurales- 60% de las usuarias del sector público eran de las áreas rurales en el año 2008, versus solo 51% en el 2004- todos los sectores obtuvieron un flujo de usuarias rurales. El porcentaje de usuarias rurales pasó del 16% al

37% en el sector privado con fines de lucro, de 17% al 26% en el sector privado sin fines de lucro, y del 26% al 30% en las farmacias. Inclusive CEPEP e IPS obtuvieron un mayor porcentaje de clientes rurales pese a su ubicación y enfoque urbano.

### 3.4 PATRONES REGIONALES

El desglose regional de la población usuaria es mucho más equilibrado a través de áreas geográficas en el 2008 que en el 2004 (Gráfico 11). Las usuarias residen en Gran Asunción, la región Norte, Sud Central y Oriental en más o menos iguales proporciones. En el 2004 más de un tercio de todas las usuarias vivían en Gran Asunción y solo 11% en el Norte. Consiguientemente el mayor flujo de usuarias nuevas provino del Norte. Este cambio muy probablemente refleja el avance en hacer que los servicios de salud reproductiva sean más accesibles y económicos en áreas que anteriormente fueron bajo-atendidas.

**GRAPH 11. REGIONAL COMPOSITION OF THE MODERN METHODS USER GROUP**



¿Qué métodos tendrían a elegir las usuarias del Norte? La Tabla 9 indica que las usuarias del Norte en general favorecen la píldora y el inyectable, con el porcentaje de usuarias de inyectables en este grupo aumentando significativamente en el 2008 (de 16% a 27%). El uso de píldoras aumentó de una manera notoria en el Este (de 22% a 28%). Como se indicó anteriormente, es posible que la mayoría de estas nuevas usuarias de métodos modernos hayan utilizado anteriormente métodos tradicionales o no método.

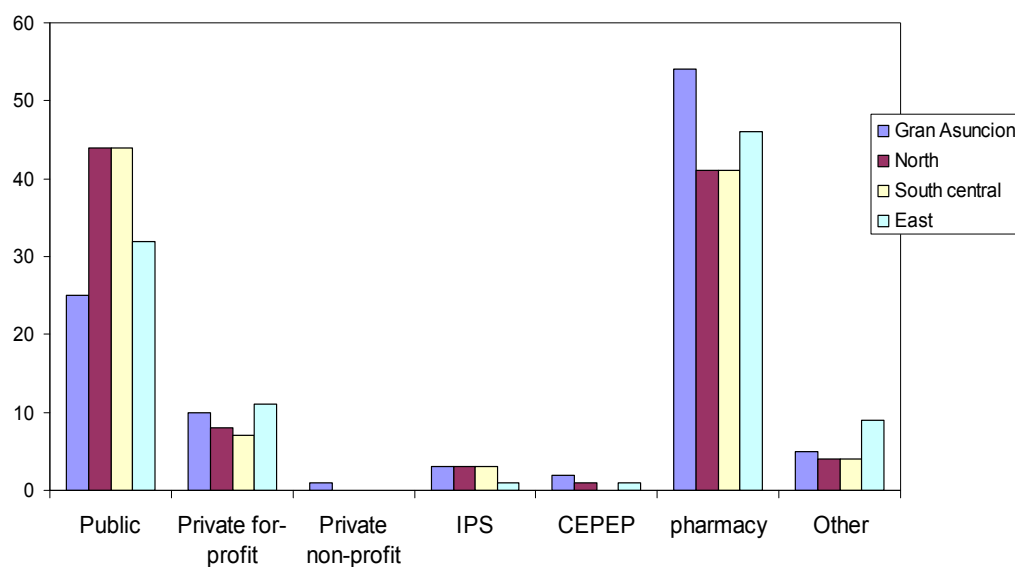
**TABLE 9. CURRENT USE OF MODERN CONTRACEPTIVES BY REGION (ALL WRA)**

Current method	Region								Total	
	Gran Asuncion		North		South central		East			
	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008
Modern method	83	88	82	91	84	90	83	89	83	89
Pill	14	17	29	28	22	21	22	28	20	24
IUD	18	18	11	10	16	15	9	10	14	13
Condom	25	26	13	15	20	21	20	18	21	20
Injectable	13	18	16	27	14	21	17	21	15	22
Female Sterilization	12	9	12	10	12	11	16	11	13	10
Other modern	0	1	0	1	0	0	0	2	0	1
Column total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

El flujo de usuarias nuevas del Norte probablemente haya ocasionado un aumento en el uso de los servicios del sector público. En el 2004, 14% de los usuarios del sector público provenían del Norte, comparado con el 25% de Gran Asunción y 22% del Este (Gráfico 13). Las usuarias en de Gran Asunción tienen más probabilidad de obtener métodos como ser píldoras, condones, e inyectables en farmacias.

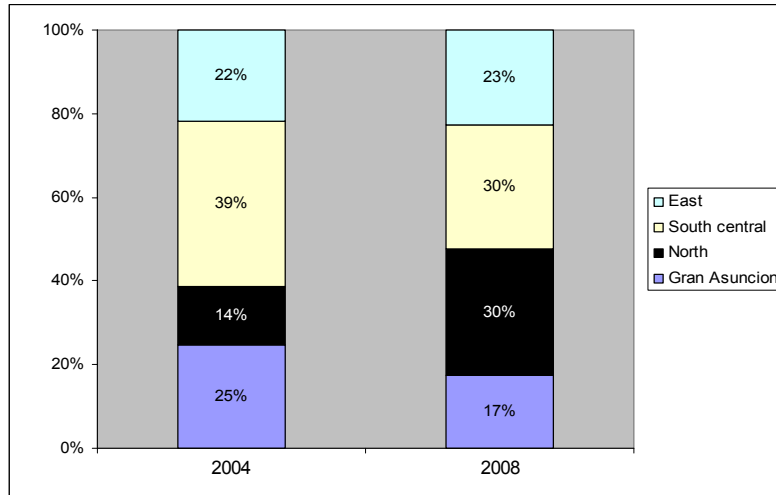
Como se demuestra en el Gráfico 12, los patrones de fuentes de adquisición son bastante consistentes entre de las regiones, aunque existe en Gran Asunción preferencia por las farmacias en lugar del sector público comparando con las otras regiones. Todas las fuentes reflejan el incremento general en usuarias de la región Norte. En el sector público, el porcentaje de usuarias del Norte se ha duplicado (Gráfico 13). En farmacias, se ha triplicado (Gráfico 14), y también se triplicó la proporción de usuarias en el sector privado con fines de lucro que son del Norte.

**GRAPH 12. SOURCE OF FP METHODS BY REGION (ALL WRA)**

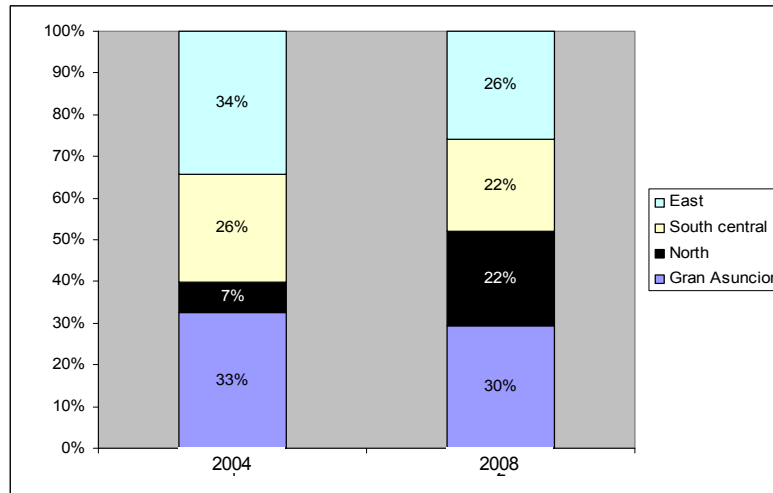


Sin embargo, en ambos sectores la distribución geográfica a través de cuatro regiones esta mas uniformemente distribuida en el 2008 en comparación en el 2004. Esto se puede apreciar especialmente en el sector público, donde en el 2004 solo 14% de las usuarias del sector público provenían del Norte y 39% provenían del Sud Central. En el 2008 estas dos regiones estaban iguales, ambas con el 30% del total de la población usuaria del sector público.

**GRAPH 13. REGIONAL COMPOSITION OF THE PUBLIC SECTOR USER GROUP (ALL WRA)**



**GRAPH 14. REGIONAL COMPOSITION OF THE PHARMACIES USER GROUP (ALL WRA)**



### 3.5 CONCLUSIONES

En general, los datos muestran un mercado bien equilibrado en términos de mezcla de métodos, patrones de fuentes de adquisición, y distribución regional. Lejos de reflejar una tendencia hacia un cambio de fuente privada a pública en la población de usuarias, el análisis secundario del ENDSSR 2004 y 2008 sugiere lo siguiente:



#### Crecimiento en grupos de consumidoras:

- Entre el 2004 y el 2008, Paraguay experimentó un flujo de usuarias nuevas provenientes de los quintiles de ingresos más bajos, áreas rurales y de la región Norte. Los tres segmentos tenían más probabilidad de usar el sector público y pueden haber sido incentivados a hacerlo por la mayor disponibilidad de productos y servicios en este sector.
- Sin embargo, todos los sectores, incluyendo farmacias, recibieron más usuarias provenientes de los quintiles de bajos ingresos, áreas rurales, y del Norte, sugiriendo que el *sector privado tiene la capacidad de atender a las nuevas usuarias que se originan en estos segmentos*.

#### Cambios en la mezcla de métodos:

- El incremento general en el uso de píldoras e inyectables en relación a métodos de largo plazo y métodos tradicionales se refleja en un patrón de uso que favorece a fuentes de productos como ser centros de salud, pero también farmacias, que continúan atrayendo a la mayor parte de las usuarias de los quintiles de ingresos medios y superiores.
- *La mezcla de métodos entre todas las mujeres en edad fértil mejoró de solo dos métodos con una prevalencia de 10% o más en el 2004 a tres métodos en el 2008. La mezcla de métodos entre MEU en edad fértil disminuyó marginalmente, pero aún es muy fuerte, con cinco métodos con una prevalencia de 10% o más.*

#### Impacto en la segmentación del mercado:

- No existe indicios que el fortalecimiento de la provisión del sector público haya tenido un impacto negativo sobre el sector privado en general, aunque algunos actores dentro del sector privado, como es el caso del CEPEP, ha disminuido su participación en el mercado. Adicionalmente, *el crecimiento del sector público no ha afectado negativamente la segmentación del mercado*.
- De hecho, se podría argumentar que la segmentación en el Paraguay experimentó una mejora adicional del 2004 al 2008. Una mayor proporción de usuarias de los dos quintiles de riqueza inferiores se abastecían del sector privado en el 2008 en comparación con el 2004.
- Adicionalmente, las usuarias de estos quintiles representaron un mayor segmento respecto a la totalidad de la población usuaria. Este efecto doble- una mayor proporción de una población mayor de usuarias provenientes de los dos quintiles más bajos abasteciéndose del sector público- explica cómo puede suceder un rápido crecimiento en el sector público sin afectar negativamente al sector privado. Al mismo tiempo, un mayor segmento de los dos quintiles superiores se abastecieron del sector privado, específicamente de farmacias. Por lo tanto, en términos de patrones de adquisición de métodos la segmentación mejoró, no empeoró, a medida que el sector público creció.

#### Áreas para mejorar:

- A partir del 2008, la principal oportunidad visible para mejorar los patrones de fuentes de adquisición en el Paraguay es con IPS, puesto que en la actualidad solo 3.5% de las usuarias se abastece de métodos del IPS, aunque IPS cubre 18%-20% de la población Paraguaya. Este fenómeno crea un efecto de ineficiencia de mercado, porque el IPS representa un valor subutilizado en el mercado en términos de capital humano, infraestructura física y financiamiento.
- IPS es la única pieza importante que queda del rompecabezas para mejorar la segmentación del mercado en el Paraguay. El resto de las estrategias deberían centrarse en conservar la actual segmentación al garantizar la sostenibilidad de varios programas y actores de manera que las

paraguayas sigan teniendo una amplia variedad de métodos, marcas, precios y lugares para obtener sus anticonceptivos.

# 4. POLÍTICAS QUE INFLUYEN EN LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Y PRODUCTOS DE PF

## 4.1 COMPROMISO POLITICO Y LIDERAZGO

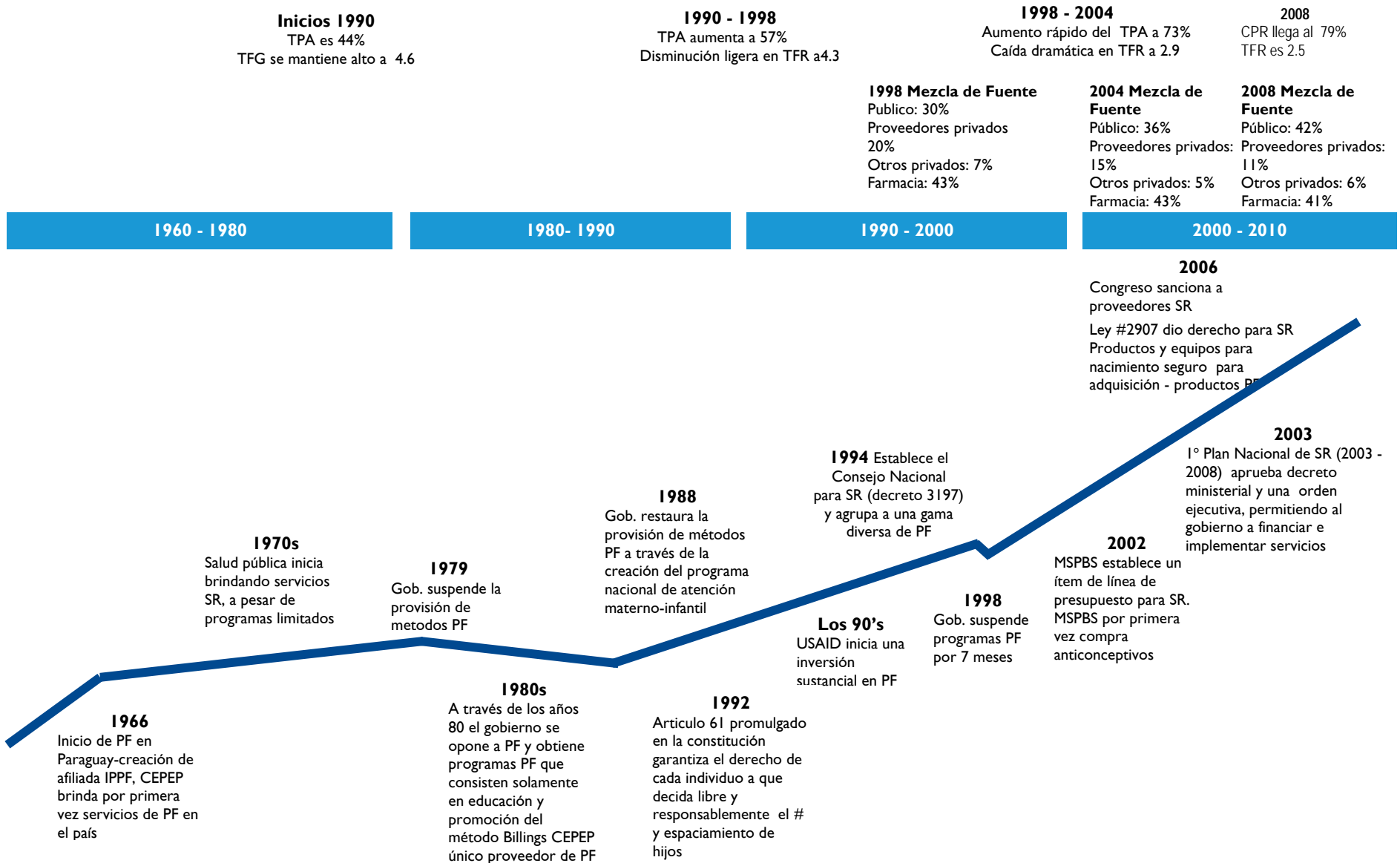
El programa de PF en Paraguay, en sus años de inicio tuvo una historia con altibajos, de apoyo político y compromiso de liderazgo (ver Figura 3). El gobierno de Paraguay (GOP) comenzó su programa de PF a **principios del año 1970**. Debido a la oposición política durante la década de los 70s el programa del gobierno de PF fue limitado con la promoción del Método de Billings. La oposición política a los servicios de PF culminó el año 1979, cuando el GOP suspendió toda provisión de servicios de PF. La afiliada paraguaya de IPPF- CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de Población), fue el proveedor principal de métodos modernos de PF durante este periodo.

La oposición del Gobierno a PF continuó **hasta finales del 80**. El curso de acontecimientos en el apoyo político, empezó a cambiar cuando el MSPBS creó el Programa Nacional de Atención Materno Infantil en 1998, re-estableciendo servicios de PF dependientes del gobierno. Al mismo tiempo, muchas agencias internacionales, como ser la Agencia del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), iniciaron su participación en servicios de salud reproductiva, incluyendo PF. UNFPA y USAID especialmente contribuyeron con anticonceptivos que realmente se necesitaban para ayudar a construir los programas de MSPBS en PF.

En la **década de los 90** se creó la política y el marco de trabajo institucional para PF, apoyo que dio lugar a un crecimiento posterior del programa de PF, mientras que se creaban medidas preventivas para asegurar su continuidad. La promulgación del artículo 61 en la constitución paraguaya en 1992 fue un hito importante. La constitución reconoce el derecho de cada ciudadano para que pueda libre y responsablemente determinar el número y espaciamiento de sus hijos. La constitución también garantiza el derecho a la información y servicios adecuados que respondan a las necesidades de las personas y apoya el establecimiento de un “plan especial de salud reproductiva para la madre y el niño” y para grupos de bajos ingreso. Asimismo, brindó un marco legal para que el gobierno pueda crear, en 1994 el Consejo Nacional en Salud Reproductiva, a través de decreto #3197, con el mandato de formular una respuesta del gobierno a la PF/SR en Paraguay. Este Consejo agrupa a una amplia gama de actores en el sector salud que ha confiado y arriesgado en PF/SR- a pesar de los importantes hitos logrados, el aumento constante de los servicios brindados por el MSPBS en PF éstos fueron suspendidos temporalmente una vez más luego de asumir un nuevo gobierno conservador en el año 1998. Sin embargo, el ambiente hostil—además del gobierno conservador—duró solamente siete meses y el programa en PF fue restablecido y se mantuvo activo desde entonces.

El apoyo político y liderazgo para PF continuó creciendo **durante la década del 2000**, con una serie de reformas políticas importantes que sentaron los cimientos para que el país se pueda apropiarse de los servicios y productos brindando financiamiento y programas. En el año 2002, el MSPBS incluyó una línea de presupuesto para la compra de anticonceptivos. Después de un corto tiempo, en el 2003 el nuevo Ministro de Salud aprobó el *Plan Nacional para Salud Sexual y Reproductiva 2003 - 2008 (PNSSR)*, identificando la PF como una prioridad. Este plan también incluyó el uso de anticonceptivos modernos como un indicador clave para medir el éxito del programa de SSR y el monto de fondos del presupuesto nacional gastado para la compra de anticonceptivos como medida de compromiso político y económico.

**FIGURE 3. POLICY TIMELINE**



En el año 2006, el gobierno de Paraguay promulgo una nueva legislación denominada *Ley para el financiamiento del programa RH y la Provisión de Equipos de Nacimientos seguros*, consignando fondos para gestionar productos SR incluyendo anticonceptivos. Esta ley innovadora garantiza el financiamiento total para suministros SR y PF, basadas en proyecciones futuras, por lo que se aseguran fondos suficientes a medida que la demanda vaya creciendo. También, en el año 2006 el MSPBS firmó un Memorándum of Entendimiento (ME) con UNFPA que estableció un mecanismo de adquisición de anticonceptivos con fondos del GOP. En el año 2007, el GOP también firmó un ME de tres partes con USAID e UNFPA, comprometiéndolo al GOP asumir responsabilidad financiera total para la adquisición de anticonceptivos.

En el 2008, un nuevo partido político se hizo cargo del gobierno siendo esta la primera vez en 61 años, que realizó cambios en el sector de salud. La nueva ministra de MSPBS, Dra. Esperanza Martínez, retiró las tarifas a los usuarios y declaró que los servicios médicos y medicamentos no tengan costo para todos los paraguayos(as). Entrevistas con informantes clave nos revela que esta nueva política ha tenido un impacto dramático en el MSPBS: las clínicas de PF están más llenas y los periodos de espera son más largos. Otros han expresado dudas sobre la habilidad del sector público de mantener el ritmo con el aumento de las demandas y con el temor que tendrían que rechazar clientes que supuestamente son las más pobres y con más necesidades de atención.

El Comité de Seguridad de Anticonceptivos más conocido en español como el Comité DAIA (*Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos*) —

ha jugado un rol decisivo para la consolidación del apoyo político para los programas de PF, asegurando fondos públicos para la adquisición de productos de PF. El Comité DAIA fue establecido en el año 2003. De igual manera como el Consejo Nacional en SR, el Comité DAIA está compuesto por representantes del sector público, de ONGs y la comunidad de donantes. El Comité DAIA tiene también fuertes lazos con representantes que tienen influencia en ambas instituciones de la legislatura, el Senado y el Congreso, adicionalmente para ayudar a fortalecer su rol de abogacía en la política de seguridad anticonceptiva. El coordinador de cada reunión rota entre los miembros, compartiendo responsabilidad entre todas las organizaciones participantes.

#### COMITÉ DAIA

Agrupación a diversos grupos de instituciones paraguayas dedicadas a CS que incluyen a:

- Instituciones gubernamentales relacionadas a SR
- Sector ONG, CEPEP
- Sector Comercial, PSI/Paraguay
- Agencias Internacionales donantes incluyendo a USAID y UNFPA

El Comité DAIA y sus aliados legislativos han logrado muchos hitos importantes i) incrementando los montos de fondos públicos asignados al ítem de línea presupuesto para PF, ii) recursos adicionales para fortalecer la capacidad de administración logística a MSPBS, y iii) el Consejo Nacional de SR para la aprobación del Plan de Seguridad de Estrategia e Implementación Anticonceptiva. El Comité DAIA jugó también un rol de liderazgo en el trámite de la *Ley de Financiamiento de Productos de SR y Equipos de nacimiento seguros*. Los logros de política en Paraguay del Comité DAIA sobrepasa cualquier otro esfuerzo en LAC de un comité DAIA para asegurar seguridad anticonceptiva (DELIVER, 2006).

El Comité DAIA se mantiene como un comité activo de coordinación —un logro importante cuando se compara con otras entidades en salud que se han quedado relegadas. Con la ayuda técnica del proyecto DELIVER, el Comité DAIA desarrolló un plan estratégico CS “*Contraceptive Security*” o Seguridad Anticonceptiva (2006-2010) con un enfoque en abogacía, financiamiento, logística y acceso a productos y servicios de PF. El Comité DAIA tiene un grupo de miembros activos y comprometidos que se reúnen mensualmente para hablar sobre temas de CS de corto y largo plazo.

El Comité DAIA, sin embargo está en una encrucijada y confronta dos desafíos importantes para poder cumplir su rol de asegurar acceso a servicios y productos en PF a largo plazo. En primera instancia el comité está compuesto en su mayoría por representantes del sector público y se concentra en estos temas. El Comité DAIA ha programado para este verano una actividad para redactar un segundo Plan Estratégico de cinco años. Este ejercicio de planificación presenta una oportunidad ideal no solamente para celebrar sus logros, pero también explorar estrategias para aumentar representación e incluir nuevos miembros del sector privado.

## 4.2 ENTORNO DE POLITICAS APOYO DEL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO EN PROVISION DE PF

El equipo de SHOPS en primer lugar se ha concentrado en la identificación de restricciones de políticas para el suministro de productos y servicios de PF del sector privado, tomando en cuenta evaluaciones anteriores del proyecto DELIVER (DELIVER, 2004; DELIVER, 2006), de la política de entorno que nos entregó una revisión integral de acciones del sector público que tienen que ver con obstáculos en planificación familiar. En general, Paraguay tiene una política favorable de apoyo en la prestación de servicios y productos de PF sin distinción alguna, ya sea del sector—público, privado comercial u ONG. Esto se debe en gran parte al rol de abogacía exitoso del Comité DAIA para aumentar el apoyo del gobierno en PF. La Tabla 10 resume hallazgos claves del reporte del Proyecto DELIVER que destaca la política conducente de entorno para la provisión de servicios y productos de PF.

**TABLE 10. KEY FINDINGS IN PUBLIC SECTOR FP POLICY**

<b>Políticas Destacadas</b>	
Servicios PF	<ul style="list-style-type: none"> <li>La Constitución garantiza el derecho individual a decidir el número y espaciamiento de hijos.</li> <li>Programa Nacional para Atención Materno-Infantil crea mandato para servicios de PF a ser brindados al sector público a través del MSPBS.</li> <li>Plan Nacional SR hace de PF una prioridad dentro de MSPBS, y permite que recursos públicos sea utilizados para implementar servicios de PF; MSPBS utiliza fondos para el fortalecimiento de capacidad institucional y para expandir servicios en PF y puntos de prestación de servicios a nivel nacional.</li> <li>Regulación de estructura permite a licenciadas en obstetricia a brindar consejería en PF prescribir y realizar inserciones/extracciones de DIUs.</li> </ul>
Productos PFs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ley para financiamiento del programa SR y Provisión de Equipos de Nacimientos Seguros califica fondos para la adquisición de productos en SR incluyendo anticonceptivos.</li> <li>Compras de parte del sector-público pueden ser exentos de procesos de licitación pública por “razones técnicas” como ser ventaja en el precio, siendo esto una puerta abierta para el acuerdo de adquisición 2006 MSPBS con UNFPA.</li> <li>Productos PF son parte de la LME del IPS, pero aún no están en la LME del MSPBS. Esto no ha sido una barrera hasta la fecha.</li> <li>Aumento en la dotación del # de ciclos de AO y preservativos permitidos por visita de cada cliente a las clínicas públicas.</li> </ul>

A pesar de estos avances en las políticas de sector público en el programa de PF, permanecen algunos desafíos:

- Aunque el MSPBS tiene un ítem de línea de presupuesto en orden, el financiamiento no ha llegado a niveles altos. En el año 2003, solamente el 30% de fondos requeridos fueron asignados al ítem de línea del presupuesto de anticonceptivos. Lo mismo pasó en el 2005. A inicios del 2005 el MSPBS planificó un aumento gradual en el requerimiento de presupuesto para anticonceptivos de PF con el objetivo probable de tener el 100% de necesidades presupuestadas y financiadas para el año 2009.

Igualmente existen muy pocas barreras para la provisión privada de servicios y productos. Se destaca en la Tabla II, que existen barreras mínimas para el acceso de prácticas privadas, y una variedad de proveedores privados puede brindar PF y prescribir métodos. Además, las políticas y regulaciones han ayudado a crear un sector farmacéutico exitoso que ofrece una amplia gama de productos en PF con diferentes precios.

**TABLE II. KEY FINDINGS IN PRIVATE SECTOR FP POLICY**

<b>Políticas a Resaltar</b>	
Servicios PF	<p><b>Positivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras limitadas para la práctica privada</li> <li>• Obstetras registradas puede prescribir métodos de PF</li> </ul> <p><b>Puntos en contra</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ONGs están sujetas al pago de impuestos por las donaciones de anticonceptivos</li> <li>• Seguros de salud privados no reembolsan a los proveedores privados sus honorarios por atención, de acuerdo a la tasa del mercado, por lo que muchos médicos privados optan por salir del seguro médico y cobran una tarifa mayor por sus servicios</li> </ul>
Productos PF	<p><b>Positivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controles de precios en todos los productos farmacéuticos mantienen productos hormonales a precios accesibles</li> <li>• Proceso de registro de medicinas no es laborioso, solo toma 6 meses para completarlo</li> <li>• No requiere prueba de bioequivalencia, permitiendo que muchos productos de bajo costo “similares” en la región de Sud América puedan entrar al mercado</li> </ul> <p><b>Puntos en Contra</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se permite que fabricantes locales tengan sus propias compañías de distribución y cadenas de farmacias, creando monopolios verticales que podrían desplazar a farmacias independientes y limitar el poder de elección de producto de parte de la consumidora en el largo plazo. La falta de leyes bioequivalentes hace difícil la tarea de asegurar la calidad de productos fabricados a nivel local.</li> </ul>

### 4.3 CONCLUSION – ANALISIS DE POLITICAS

La política de entorno en el Paraguay es generalmente de apoyo a la PF y no representa ninguna barrera en especial a la amplia gama de actores -públicos, privados comerciales y ONG’s en general- que jueguen un rol activo en la prestación de servicios y productos de PF. Sin embargo, lo que está faltando es una visión de cómo todos estos grupos trabajen juntos para continuar prestando servicios y productos de manera que mejor sirva a las familias paraguayas. Todas las partes están de acuerdo que el acceso



universal es un objetivo deseable; lo que falta es una definición común de que quiere decir acceso universal, y mucho más importante, como lograrlo. El equipo SHOPS propone que un enfoque del mercado total facilita el cumplimiento de acceso universal, reconociendo que las consumidoras tienen una amplia gama de necesidades y preferencias referentes a planificación familiar y que los proveedores tienen una amplia variedad de recursos y ventajas comparativas. El abordaje del mercado total trata de igualar las ventajas comparativas de los proveedores con las necesidades del consumidor de manera tal que todas las necesidades sean cumplidas, y que estas sean las más eficientes a nivel sistémico. Adicionalmente, es importante que la definición de “acceso universal” incluya algún elemento de elección, de manera que los paraguayos(as) continúen teniendo una variedad de opciones en PF, y que en este momento las están disfrutando, ofreciendo una multiplicidad de marcas, precios, métodos y lugares para cumplir con sus necesidades individuales. La medida del éxito será que el acceso universal de elección aumente y no se lo sacrifique.

Por lo tanto, la prioridad de las políticas en el Paraguay está creando un dialogo público-privado dentro de la coordinación intersectorial y cómo asegurar acceso universal y elección.

## 5. CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN

El análisis secundario del ENDSSRs reveló una mezcla público-privada favorable en la provisión de métodos de PF. Muy lejos de provocar un cambio de productos y servicios comerciales a productos sin costo, entre los usuarios que pueden pagar por ellos, **la mejora en los servicios de PF del sector público habría hecho precisamente lo que se pretendía realizar**: aumentar el TPA entre los grupos menos atendidos. La encuesta brinda evidencia respecto a que una gran proporción de las personas que adoptaron los servicios provenían del quintil de ingreso más bajo, áreas rurales y la parte norte, personas que al inicio no estaban bien-representadas en la población de usuarias.

Afortunadamente, las mejoras en la provisión pública de servicios de FP no parecen haber afectado negativamente a los proveedores del sector privado en el sector farmacéutico (que suministra anticonceptivos hormonales). Este grupo de proveedores experimentó un crecimiento significativo (más del 137%) en el periodo entre los dos estudios de ENDSSR y ahora los anticonceptivos hormonales pertenecen a la categoría tercera más grande en el país de todas categorías de productos farmacéuticos. Claramente las nuevas usuarias de estos métodos y los antiguos continuaron utilizando el sector privado en números ascendentes.

Se debe tomar en cuenta, sin embargo, que **no todos los proveedores del sector privado disfrutaron un crecimiento continuo entre el 2004 y el 2008**. La mayoría de los proveedores de servicio (CEPEP y proveedores privados con fines de lucro) vieron una reducción en su participación en el mercado de anticonceptivos. Esto también refleja la tendencia general de alejarse de los métodos de largo plazo, especialmente esterilización femenina, hacia métodos de reabastecimiento (AO, inyectables y condones). Además, existe evidencia que el mercado del condón reaccionó a la expansión del sector público.

**El cambio de la mezcla del método hacia los métodos de reabastecimiento** augura un bienestar para las farmacias que por el momento son las principales proveedoras de anticonceptivos en Paraguay. Sin embargo, pone también una carga en MSPBS para asegurar un acceso continuo a los productos para los centros de salud pública. Sin las donaciones de USAID y UNFPA, satisfaciendo la demanda de una gran parte de una población de nuevas usuarias y aquellos de próximos cohortes, se requerirá de un compromiso financiero a largo plazo y mecanismos sostenibles de adquisiciones.

**Los proveedores de servicios del sector privado (con o sin fines de lucro) van a tener un rol más pequeña en el sistema de PF en el Paraguay**. Sin embargo, ellos representan una oportunidad perdida por su interconexión con usuarias y no usuarias actuales de PF. Existe una apertura para mejorar la consejería en PF a través de estos proveedores y por lo tanto la oportunidad de satisfacer de una mejor manera las necesidades individuales. Esto es verdad ya que existe una evidencia anecdótica substancial que gran parte de las paraguayas auto-administra el uso de anticonceptivos.

Adicionalmente, los proveedores del servicio privado juegan un rol importante para mantener el equilibrio entre los métodos de corto y largo plazo. Para las usuarias de DIU, la tendencia es hacia los proveedores privados de servicios (con fines de lucro y el CEPEP), y también el IPS. Con el tiempo, los métodos de corto plazo son más costosos que los de largo plazo, por lo tanto es importante para las

personas que tienen una necesidad clara para la limitación (opuesto al espaciamento) para continuar con métodos del MLPP. **Existe ya alguna evidencia que la obtención de MLPP viene siendo más dificultosa en el Paraguay** (ej. el MSPBS prácticamente no está ofreciendo esterilizaciones de intervalo y falta de suministro de DIUs en el sector privado).

Asegurar que los paraguayos tengan la oportunidad de elegir las opciones de método y donde obtener los productos apropiados depende en parte que los métodos MLPP estén disponibles para todas/os (con o sin costo). Los proveedores privados son una pieza esencial para este proceso debido a la existencia del capital humano y la interrelación con clientes, sin importar que sean proveedores con fines de lucro para quintiles superiores, proveedores sin fines de lucro para quintiles medianos o proveedores sin fines de lucro que están siendo contratados para el sector público para brindar servicios sin costos a quintiles más bajos.

A nivel de políticas, no existe ninguna barrera verdadera para el funcionamiento saludable de los tres sectores (públicos, sin fines de lucro y comerciales). **En el momento el factor de políticas es un elemento neutro** en el mercado; no ayuda y tampoco inhibe al sector privado. Sin embargo existe una oportunidad de cambiar las políticas de neutras a positivas. A través de un diálogo público-privado y un enfoque al mercado total, los sectores privados y públicos pueden trabajar juntos para cumplir de mejor manera con las necesidades de los/as paraguayos/as en planificación familiar de manera que sea eficiente y asegure elección y acceso de forma sostenible. **Un nuevo y ampliado Comité DAIA puede servir como plataforma para lograr una mejor la inter-acción entre los diferentes actores.** Lo que nos lleva a aumentar la eficiencia sin sacrificar la elección. Cuando el sector público vea al sector privado como un socio y no una amenaza, el acceso universal a la seguridad de la anticoncepción llegará a ser asequible y sostenible.

# 6. RECOMENDACIONES PARA SOSTENER UNA MEZCLA ÓPTIMA EN EL MERCADO

En base al análisis realizado por el proyecto SHOPS respecto al mercado de productos y servicios de PF en el Paraguay, el proyecto propone las siguientes recomendaciones para ayudar a mantener la actual mezcla público-privada (MPP) como también para asegurar un equilibrio en la mezcla de métodos de PF. Un conjunto de recomendaciones se enfoca en el trabajo con actores clave de PF— para definir la mezcla apropiada de MPP para el Paraguay y asistir al DAIA a asumir el rol de monitoreo de la MPP. Otro conjunto de recomendaciones se centra en fortalecer a dos proveedores de PF—IPS and CEPEP— para que puedan continuar ejerciendo su importante rol en el mercado de PF, particularmente en el área de métodos de largo plazo, al prestar servicios a bajo costo o cubiertos por un seguro dirigido un amplio rango de usuarias.

## 6.1 EL ROL DEL DAIA PARA MONITOREAR LA MEZCLA PÚBLICO-PRIVADA

El proyecto SHOPS recomienda trabajar con el Comité DAIA para que asuma un rol de liderazgo en el monitoreo de las MPP en los servicios y productos de PF. El Comité DAIA está bien posicionado para ejercer este rol dados sus logros en contribución a políticas y al contar con miembros proactivos en el tema. Para expandir el enfoque del Comité DAIA de seguridad anticonceptiva y adquisiciones públicas hacia un enfoque del mercado total.

### **Ayudar al Comité DAIA a cambiar su orientación y enfoque**

El proyecto SHOPS propone colaborar estrechamente con el proyecto DELIVER para apoyar y ampliar la agenda del Comité DAIA. Estas actividades incluyen: i) presentar el nuevo enfoque a los actuales miembros del Comité DAIA para su contribución y discusión; ii) reuniones con nuevos miembros potenciales para solicitar su colaboración, evaluar su interés para participar en el Comité DAIA ; y iii) facilitar una reunión con los miembros actuales y los nuevos para lograr un acuerdo sobre la nueva orientación del Comité DAIA y el perfil de sus miembros, como también identificar una agenda común que refleje los intereses de todos los sectores. El proyecto SHOPS recomienda tomar ventaja de los ejercicios de planificación estratégica del Comité DAIA y puede usar los ejercicios de planificación como un mecanismo para discutir el propósito, los miembros y actividades del DAIA.

### **Ayudar al DAIA a definir una visión común sobre la correcta MPP en PF**

Un enfoque que probablemente funciona para incentivar mayor diálogo y confianza en el sector público trabajando con el sector privado es identificar un número reducido de oportunidades “a la mano” como los proyectos de alianzas públicas-privadas (APP). La obtención de pequeños logros en un corto periodo de tiempo incentiva a los miembros de los sectores público y privado a identificar proyectos

adicionales para trabajar juntos. Las actividades pueden incluir un borrador de marco de trabajo de APPs y establecer instrumentos de políticas como ser contrataciones y mecanismos financieros que incentiven mayor colaboración entre los sectores.

## 6.2 REPOSICIONAR AL IPS EN EL MERCADO DE PRODUCTOS

El análisis y las entrevistas mostraron que muchos de los beneficiarios del IPS buscan atención en PF en otros lugares. Existen varias razones por las cuales el IPS no cuenta con un fuerte programa de PF a pesar de la amplia aceptación de la PF entre la población en general. Estos factores incluyen: i) falta de compromiso político, ii) barreras en las adquisiciones, iii) limitada disponibilidad de ciertos métodos, y iv) horas y lugares poco convenientes para la atención de los asegurados y beneficiarios.

Existe un equipo dedicado encabezando el programa de Salud Sexual y Reproductiva en el IPS, con un médico trabajando a tiempo completo y un consultor a medio tiempo. El equipo diseñó una estrategia integral para “relanzar” los servicios de PF en el IPS (ver Plan de Salud Sexual y Reproductiva, 2009) con el objetivo específico de asegurar el acceso para todos los/as asegurados/as y beneficiarios/as del IPS para servicios y productos de PF. El plan enfatiza programas de PF de calidad —personal capacitado, productos adecuados, horas y lugares convenientes— para satisfacer las necesidades de los/as asegurados/as y beneficiarios/as del IPS. También el IPS planea brindar servicios de SSR en todos los niveles—hospitales, clínicas y puestos de salud.

El proyecto SHOPS recomienda apoyar la iniciativa del IPS para que tenga un rol preponderante en la prestación de servicios de PF en Paraguay, y ayudar al equipo del IPS a implementar el plan estratégico propuesto de SSR. La asistencia técnica debe enfocarse en tres áreas clave: i) apoyar al IPS a consolidar un compromiso político entre el liderazgo del IPS para relanzar el programa de PF; ii) evaluar las necesidades de los/as clientes en el área de orientación y servicios de PF; iii) fortalecer la capacidad institucional del IPS para brindar servicios de PF de calidad, y iv) reposicionar los servicios del IPS para atraer a los/as asegurados/as y beneficiarios/as de IPS para que obtengan anticonceptivos de sus establecimientos.

IPS ha propuesto las siguientes actividades de corto plazo que servirán a dos propósitos: 1) diseñar un programa de asistencia técnica para servicios extendidos de PF y 2) incentivar el compromiso político para los servicios de PF a través de la infraestructura de IPS en todo el país. Un importante paso y un requisito previo será realizar una evaluación de las necesidades organizacionales e institucionales para re-lanzar PF y analizar los hábitos y comportamiento de los usuarios y beneficiarios de acudir a los servicios de PF, para diseñar un programa que responda a las necesidades de los/as clientes de IPS. El proyecto SHOPS ayudará al IPS a realizar esta evaluación organizacional.

### **En base a los hallazgos, ayudar al IPS a consolidar compromisos entre el liderazgo del IPS para relanzar el programa de PF**

SHOPS recomienda usar los datos de este reporte como también el diagnóstico de necesidades para desarrollar una serie de actividades en dos etapas para la sensibilización y para incentivar el apoyo al programa de PF.

- *Realizar reuniones con el Presidente del IPS* para presentar hallazgos clave en el informe de SHOPS y la evaluación del IPS para demostrar el rol del Instituto y para discutir la propuesta para extender los servicios de PF en el mismo. El objetivo será asegurar el compromiso del IPS con la estrategia de PF.

- *Realizar un taller de medio día para los nuevos Directores y otros actores clave en el IPS, para demostrar el compromiso del Presidente del IPS y presentar el Plan Estratégico del IPS para expandir los servicios de PF. En esta reunión el equipo de IPS presentará un plan, discutirá los respectivos roles y responsabilidades para implementar el programa de PF, e identificará recursos necesarios para llevar adelante el programa de SSR. En preparación para el taller, el equipo del IPS propone evaluar las actitudes y percepciones de los proveedores como también los recursos necesarios (por ej. capacitación, insumos, etc.).*

### **Evaluar las necesidades del cliente en el área de orientación y servicios de PF**

Usando estadísticas disponibles de clientes del IPS, entrevistas en profundidad de proveedores de IPS, y una encuesta a clientes y/o discusiones de grupos focales, el proyecto SHOPS evaluará las necesidades de los clientes IPS en el área de orientación y servicios de PF. También se utilizarán tendencias TPA para evaluar la demanda potencial de productos y servicios de PF y determinar la demanda insatisfecha. La evaluación también ayudará en la estimación del volumen y costos de productos y servicios que serían necesarios para satisfacer la demanda y la cobertura de los actuales usuarios de PF del IPS que se están abasteciendo en otros lugares, y facilitar el desarrollo de un presupuesto real de PF.

### **Fortalecer la capacidad institucional del IPS para la prestación de servicios de PF de calidad**

Dependiendo de los resultados del diagnóstico de evaluación de necesidades del IPS respecto a necesidades de capacitación, suministros y equipos del IPS, el proyecto SHOPS ayudará a diseñar un programa de capacitación y asistencia técnica ajustado a las necesidades del IPS. El proyecto SHOPS recomienda capacitar a los proveedores IPS en habilidades clínicas, incluyendo orientación, a través de Actualización en Tecnologías Anticonceptivas (ATAs).

### **Recaptura de beneficiarios del IPS y dependientes que buscan servicios de PF en otros lugares**

Mientras que el IPS está fortaleciendo su capacidad institucional para prestar servicios de PF, también puede construir las bases para “nueva marca y mercadeo” de servicios del IPS en PF para atraer clientes. El proyecto SHOPS recomienda las siguientes actividades:

- *Realizar grupos focales con mujeres beneficiarias del IPS —incluyendo aquellas que reciben servicios de PF en otras organizaciones— para entender mejor sus necesidades en PF, averiguar dónde buscan estos servicios, y su potencial interés para recibir estos servicios en IPS. Los hallazgos ayudarán al IPS a diseñar servicios de PF que sean atractivos para sus clientes.*
- *Introducir nuevos productos, usando hallazgos de los grupos focales y la evaluación de las necesidades de clientes.*
- *Nueva marca y mercadeo del IPS como proveedor de PF con un rango de productos y servicios diseñados para satisfacer la demanda de la población cliente del IPS. El proyecto SHOPS desarrollará la estrategia de reposicionamiento en colaboración con el IPS y (de acuerdo a disponibilidad de recursos) desarrollará una campaña de comunicación dirigida a los clientes objetivo.*

## 6.3 POSICIONAR AL CEPEP EN EL CAMINO HACIA LA SOSTENIBILIDAD

Para poder posicionar al CEPEP apropiadamente en el mercado de productos recomendamos una fase de diagnóstico organizacional que analizará la ventaja competitiva del CEPEP en base a factores de mercado y en la evaluación interna del CEPEP. En base a estos resultados de la fase de diagnóstico, se desarrollarán estrategias de implementación para mejorar el desempeño en el mercado del CEPEP como también su auto- suficiencia general. Algunas estrategias generales ya son evidentes en base a los hallazgos de la evaluación.

Fase de Diagnóstico:

- Estudio de Mercado, que incluirá una apreciación de la competencia, análisis de precios, y percepción de los/as usuarios/as del CEPEP.
- Estudio de Productividad para determinar el uso actual de los recursos humanos, equipamiento, e infraestructura física.
- Análisis de Costos (incluyendo la transición hacia un sistema contable centrado en costos).

Fase de Implementación:

- Diseñar la estrategia de posicionamiento del CEPEP basada en la ventaja competitiva y otros diagnósticos.
- Brindar asistencia técnica para la implementación de la estrategia de posicionamiento.

**Estrategias posibles para mejorar el posicionamiento del CEPEP y su sostenibilidad:**

1. DIUs. La demanda por DIUs continúa creciendo; aunque a un ritmo más lento que los condones, píldoras e inyectables. CEPEP tiene una cuota de mercado interesante para los DIUs, en relación a otros métodos, 5% del total. Los DIUs son una buena alternativa a la esterilización cuando una mujer paraguaya no se decide a recurrir a una medida permanente (con tasas globales de fecundidad baja, hay más indecisión respecto a recurrir a la esterilización). La evaluación reveló que la obtención de DIUs en el sector privado es difícil. Este puede ser un buen nicho de oportunidad para el CEPEP.
2. AQV femeninas. Explorar la posibilidad de realizar convenios CEPEP – MSPBS y de la misma forma con el IPS para referencia de mujeres que han elegido la AQV de intervalo como su opción anticonceptiva, pues la oferta de este método para las usuarias, en ambas instituciones es insuficiente.
3. Discriminación de precios. Existe evidencia que el CEPEP necesita aumentar todos sus precios. La evaluación externa realizada por INPPARES (afiliado de IPPF del Perú) recomendó subir todos los precios el 2010 usando un enfoque por etapas dentro de un periodo de seis meses para poder minimizar las percepciones negativas. Otra estrategia para lograr esto es la discriminación de precios; por ejemplo, un precio más alto para un servicio rápido garantizado o para horas extendidas durante un domingo. Precios más altos para domingos y feriados fue algo que se observó en la oficina de un proveedor privado comercial en Paraguay. Adicionalmente, CEPEP podría introducir un sistema de membresía o un programa de fidelidad de clientes que ofrezca descuentos para paliar el incremento de precios.

4. Readequación de servicios de laboratorio. Los servicios de laboratorio actualmente presentan la más baja recuperación de costos. El CEPEP ofrece más de 600 diferentes tipos de análisis. La organización asume altos costos por la compra y mantenimiento de los diferentes reactivos necesarios para este tipo de servicio. El CEPEP puede adecuar sus servicios de laboratorio para ofrecer los análisis más usados y que reporten más ganancia, para que el servicio obtenga un mínimo de 100% de recuperación de costos.
5. Programa de descuentos por referencia de clientes. 50% de los clientes del CEPEP en el 2009 fueron referidos por otro cliente (15,853 de un total de 30,301 clientes). El CEPEP puede tomar ventaja de esto y premiar a los clientes que refieren a otras personas con descuentos. Esto también crea fidelidad entre los clientes y previene erosión de la cuota de mercado.
6. Capacitación y asistencia técnica. Posicionar al CEPEP como un instituto de capacitación de tecnología de planificación familiar/anticonceptiva que puede ser contratado por varias instituciones como ser: sociedad de obstetricia y ginecología, IPS, MSPBS, universidades, asociación de obstetras, y otras empresas grandes que puedan apoyar sesiones de orientación de PF para sus empleados.

## 6.4 PROVEEDORES PRIVADOS CON FINES DE LUCRO

Aunque este sector no es de mayor importancia para el Programa SHOPS/Paraguay, unas pocas actividades pueden ser beneficiosas con estos proveedores.

### **Mejorar la orientación y la calidad de los proveedores de servicios privados**

Dos de las más grandes asociaciones profesionales de Paraguay, *Obstetras de Paraguay* y la *Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia*, contrataron al CEPEP para brindar capacitación sobre técnicas de orientación y tecnología anticonceptiva a sus respectivos miembros. Existen muchas oportunidades perdidas con los clientes para discutir opciones de planificación familiar. Adicionalmente, existe espacio para mejorar en cuanto a la precisión de la información que brindan los obstetras registrados.

Implementar un proceso más riguroso de registro con la asociación de obstetras, en base al modelo del programa de OB/GYN que se basa en la educación médica continua (EMC) con un sistema de puntaje por créditos.

### **Realizar un Estudio de Sensibilidad de Precios en el Mercado del Condón**

Existe evidencia respecto a que el sector comercial del condón “reaccionó” para incrementar el suministro en el sector público. Sin embargo, debido a que los factores de abastecimiento muestran una segmentación mejorada por quintiles de riqueza (más personas de bajos ingresos acudiendo al sector público y más personas de altos ingresos acudiendo a las farmacias), se puede deducir que esto es un ajuste natural que el mercado tuvo que realizar para corregir un previo desabastecimiento en el sector público. Para poder predecir tendencias futuras sobre la sostenibilidad ideal de la MPP en el mercado del condón, mayor análisis será requerido como por ejemplo un estudio de sensibilidad de precios.



## 6.5 SHOPS/PARAGUAY PRIORIDADES PROGRAMATICAS

Las anteriores recomendaciones alimentaran las discusiones con USAID/Paraguay para determinar las intervenciones apropiadas para SHOPS/Paraguay. Una vez que las estrategias se acuerden, el equipo de SHOPS enviará el correspondiente plan de trabajo para aprobación de USAID. Los objetivos del programa de SHOPS/Paraguay se enfocarán en:

- Mantener una mezcla público-privada equilibrada
- Fortalecer la plataforma para monitorear y supervisor temas relacionados a la MPP a través de un Comité DAIA ampliado
- Fortalecer a los actores cruciales en el mercado, como ser el CEPEP y el IPS.

Los tres objetivos anteriores comprenden el enfoque global para el mercado, el cual debe mantener una variedad de proveedores activos en el mercado, cada uno brindando servicios a su propio nicho. Al sostener la MPP se ayudará a los programas de PF en Paraguay a que sean sostenibles y eficientes, mientras que al mismo tiempo se brinda acceso universal a la información y a la elección de métodos, marcas, precios y lugares para todos los/as paraguayos/as.

# ANNEX A: LIST OF CONTACTS FOR PARAGUAY ASSESSMENT

N°	Name	Responsibility	Téléphone	Address	Correo
1	Dra. Graciela Avila	Oficial de Salud – USAID	220715/20	Juan de Salazar 365 Asunción, Paraguay	<a href="mailto:gavila@usaid.gov">gavila@usaid.gov</a>
2	Carolina Vera Añazco	Logistics Associate John Snow, Inc. Pyo DELIVER	663-517 604-137	Austria 1899 - c/Bélgica Asunción, Paraguay	<a href="mailto:carolina_vera@jsi.com.py">carolina_vera@jsi.com.py</a> <a href="mailto:Carolvera2005@gmail.com">Carolvera2005@gmail.com</a>
3	Dra. Margarita Bazzano	Dtor. DGPS - MSPBS	201-679 201-807 direct #		<a href="mailto:mbazzano@click.com.py">mbazzano@click.com.py</a> <a href="mailto:mbazzano@yahoo.ce">mbazzano@yahoo.ce</a>
4	Dr. Agustín Carrizosa	Presidente Ejecutivo CIRD	212-540 207-373	Avda Mariscal López 2029 c/Acá Carayá Asunción, Paraguay	<a href="mailto:acarrizosa@cird.org.py">acarrizosa@cird.org.py</a>
5	Dr. Dario Castegnino	Consultante - IPS			<a href="mailto:dcasteg@hotmail.com">dcasteg@hotmail.com</a>
6	Lic. Jorge Delgado	Jefe de productos LASCA	522-322	Pastora Céspedes y Don Vicente Scavone San Lorenzo	<a href="mailto:jdelgado@lasca.com.py">jdelgado@lasca.com.py</a>
7	Lic. José María Britos Gutiérrez	Gerente de Comercio Exterior – Laboratorios Lasca	522-322	Pastora Céspedes y Don Vicente Scavone San Lorenzo	<a href="mailto:jmbritos@lasca.com.py">jmbritos@lasca.com.py</a>
8	Lic. María Luisa Espejo	Resp. PF DGPS – MSPBS	201807		<a href="mailto:bebechaespejo@yahoo.com">bebechaespejo@yahoo.com</a>
9	Dra. Margarita Ferreira	OPS	450495/9		<a href="mailto:ferreirama@par.ops-oms.org">ferreirama@par.ops-oms.org</a>
10	Lic. Ruben Gaeta	Dir Programas de Salud	212-540 207-373	Avda Mariscal López 2029 c/Acá Carayá Asunción, Paraguay	<a href="mailto:rgaete@cird.org.py">rgaete@cird.org.py</a>
11	Dra. Maria Marte Gonzalez	Directora PHC - IPS		Pettirosi c/ Pa'i Perez	<a href="mailto:Exgonzal@IPS.gov.py">Exgonzal@IPS.gov.py</a>
12	Lic. Sonia Marchewka	Gerente General PSI Paraguay	600654		<a href="mailto:smarchewka@psiparaguay.com.py">smarchewka@psiparaguay.com.py</a>
13	Dra. Cynthia Prieto	Dtora. Ejecutiva – CEPEP	204020	Avda Peru 1284 c/ Ana Diaz	<a href="mailto:cprieto@cepep.org.py">cprieto@cepep.org.py</a>
14	Dr. Edgar Samudio	Asist. Tecnico - IPS	211316		<a href="mailto:esamudio@ips.gov.py">esamudio@ips.gov.py</a> <a href="mailto:fausamudio@hotmail.com">fausamudio@hotmail.com</a>
15	Bernardo Uribe	Asesor Residente - Pyto. DELIVER	663517 604-137	Austria 1899 - c/Bélgica Asunción, Paraguay	<a href="mailto:bernardo_uribe@jsi.com">bernardo_uribe@jsi.com</a>
16	Dr. Carlos Mongelos	Presidente – Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia	450-713 o 495-398 o (celular) 431- 427	Cerro Cora 795 c/Tacuarí 9 Piso Edificio del Circulo Paraguay de	<a href="mailto:cmongelos@hipuu.com.py">cmongelos@hipuu.com.py</a>

N°	Name	Responsibility	Téléphone	Address	Correo
				Medicos	
17	Sebastian Gallagher	IMS Health Paraguay	453-770 o (celular) 0981-444-004	EEUU 415 2 Piso	<a href="mailto:sgallagher@imshealth.com">sgallagher@imshealth.com</a>
18	Jorge Davis	Jefe de marketing y Ventas – Bayer Schering Pharma	617-3500	Avda Sta Teresa 2245 c/Aviadores del Chaco	<a href="mailto:jorge.davis.jd@bayer-ag.de">jorge.davis.jd@bayer-ag.de</a>
19	Dr. Victor Manual Roa	Ginecólogo privado - Caaguazú	(0971) 983-150	Tte. Rojas Silva y Dr. Carlos Lopez Caaguazu	
20	Prof. Dr. Vicente Bataglia Doldán	Ginecólogo privado, profesor de ginecología y obstetricia – Facultad de Medicina	601-486, 610-735, o 611-667	Del Maestro 1519 esq O'Higgins Edificio Galenos 2 Piso	
21	Claudia Benitez	Directora de Marketing - Pharma Internacional Recalcine	622-740, 622-742	Edificio Royal Tower Piso 3 Agustin Barrios c/ Aviadores del Chaco	<a href="mailto:cbenitez@pharma.com.py">cbenitez@pharma.com.py</a>
22	Dra Maria Laura Guayralua	Presidente – CAFAPAR (Cámara de Farmacias de Paraguay)	(0981) 250-478	Presidente Franco 991 c/Colón	
23	Lcda. Rosalia Rodriguez de Lopez	Directora General de la Escuela de Enfermeria y Obstetras - Instituto Andres Barbero de la Facultad Nacional			<a href="mailto:rosaliarodri@gmail.com">rosaliarodri@gmail.com</a>
24	Dra. Nancy Benitez	Puesto de Salud c/farmacia social y dueña de una farmacia privada – Vaquería, Caaguazú	(0981) 301-779		
25	Dra. Monica Ontano	Ginególoga privada - Asunción	(0991) 763-575	Herrera 1459 esq. Perú y Pa'i Perez	

# ANNEX B: BIBLIOGRAPHY

- Aspilcueta, Daniel and Jose Gonzales. 2009. *Evaluación Final del Acuerdo de Cooperación entre CEPEP y USAID*. Lima, Perú. INPPARES for USAID and IPPF.
- CEPEP. 2004. *Paraguay Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva*.
- CEPEP. 2008. *Paraguay Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva*
- DAIA Comité. 2006. *Plan estratégico para la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos 2006-2010*.
- DELIVER. 2006. *Guaranteeing Widespread Access to a Broad Choice of Contraceptives in Paraguay*.
- DELIVER. 2007. *Paraguay: Final Country Report Executive Summary*. Arlington, VA.: DELIVER, for the United States Agency for International Development (USAID).
- DELIVER. 2006. *Análisis de Segmentación de Mercado: Paraguay*.
- IMS/Paraguay. *Mercado de Preservativos en Paraguay*. 2010. Asunción, Paraguay.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Plan Nacional de Salud Reproductiva: Paraguay 2009 - 2013*. Asunción, Paraguay.
- Pilz, Kevin, Mary Vandenbrouke, and Graciela Avila. 2008. *Mid-Term Assessment Report on Phase-Out Plan for USAID Assistance to Paraguay in Family Planning/Reproductive Health*. Washington D.C., the U.S. Agency for International Development.
- Quesada, Nora, Varuni Dayaratna, Wendy Abramson, Jay Gribble, Veronica Siman Betancourt, David Sarley, Carlos Lamadrid, Nadia Olson, and Juan Agudelo. 2006. *Contraceptive Procurement Policies, Practices and Options: Paraguay*. Arlington, VA: DELIVER, and Washington D.C.: USAID | Health Policy Initiative TO I, for the U.S. Agency International Development.
- Quesada, Nora, Cynthia Salamanca, Juan Agudelo, Patricia Mostajo, Varuni Dayaratna, Lesile Paykewich, and Ali Karim. 2004. *Paraguay: Contraceptive Security Assessment, March 8 - 19, 2004*. Arlington, VA: John Snow, Inc. | DELIVER, and Washington D.C.: Futures Group | POLICY II, for the U. S. Agency for International Development (USAID).
- Ravenholt, Betty, Angela Stene, Sara Sulzbach, Kathryn Banke and Karen Finnegan. November 2009. *Assessing the Commercial Viability of Long-acting and Permanent Contraceptive Methods*. Bethesda, MD: Private Sector Partnerships-One project, Abt Associates Inc.
- Sanchez, Anabella, Wendy Abramson, Nadia Olson, and Nora Quesada. 2006. *Decentralizing and Integrating Contraceptive Logistics Systems in Latin America and the Caribbean: Considerations for Informed Decision Making through the Health Reform Process*. Arlington, VA.: DELIVER, for the United States Agency for International Development.
- Sarley, David, Varuni Dayaratna, Wendy Abramson, Jay Gribble, Nadia Olsen and Veronica Siman Betancourt. 2006. *Options for Contraceptive Procurement: Lessons Learned from Latin American and the Caribbean*.

Arlington, VA.: DELIVER, and Washington D.C.: USAID | Health Policy Initiative, for the U.S. Agency for International Development.

Uribe, Bernardo, Carolina Vera, Juan Agudelo, Sandra Sánchez, Carmen Basurto, and Carmen Narváez. 2006. *Segunda evaluación cuantitativa de indicadores logísticos, Paraguay – Octubre 2006*. Asunción, Paraguay: USAID | PROYECTO DELIVER.

Uribe, Bernardo, Anabella Sanchez. *Paraguay: Evaluación cuantitativa de indicadores logísticos – Septiembre 2008*. Asunción, Paraguay: USAID | PROYECTO DELIVER, Orden de Trabajo I.

USAID. 2005. *Proposed Phase-Out Plan for USAID Assistance in Family Planning/Reproductive Health: Paraguay*. Washington D.C.

USAID | DELIVER Project. 2007. *Paraguay: Segunda Evaluación Cuantitativa de Indicadores Logísticos*.

USAID | DELIVER Project. 2008. *Análisis del proceso de adquisición de insumos anticonceptivos por parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y propuesta de guía de compras. Informe Final*. Asunción, Paraguay: USAID | PROYECTO DELIVER.