

Planificación Familiar en
Paraguay
Logros de
50 Años

JULIO 2015

Roberto Santiso-Gálvez, MD
Victoria M. Ward, PhD
Jane T. Bertrand, PhD, MBA



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Planificación Familiar en Paraguay

Logros de 50 Años

Roberto Santiso-Gálvez, MD

Victoria M. Ward, PhD

Jane T. Bertrand, PhD, MBA



MEASURE Evaluation está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo Acuerdo de Cooperación AID-OAA-L-14-00004 e implementado por el Centro de Población Carolina de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill en asociación con Futures Group, ICF International; John Snow, Inc.; Management Sciences for Health y la Universidad de Tulane. Las opiniones expresadas en esta publicación no necesariamente reflejan el punto de vista de USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos.



Prefacio

Esta publicación constituye uno de los ocho estudios de caso que se desarrollaron en el marco de un análisis más amplio denominado “Planificación Familiar en América Latina y el Caribe: Logros de 50 Años.” Como su título indica, el informe principal documenta y analiza los logros en toda la región desde que comenzó el financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a inicios de la década de los años sesenta. El lector de este estudio de caso puede acceder al Resumen Ejecutivo o al informe principal ingresando en:

<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/tr-15-101>

Agradecimientos

Los autores agradecen a las personas que contribuyeron con una perspectiva histórica de gran valor para este estudio de caso: Graciela Avila, Margarita Ferreira, Noemí Gómez de Rejala, Sonia Marchewka, Cynthia Prieto, Adriane Salinas Bomfim y Bernardo Uribe. También agradecen a Graciela Avila, Adriana Casati y Cynthia Prieto el haber revisado una versión previa del documento. Roberto Santiso-Gálvez y María Cristina Rosales tradujeron el estudio de caso al español.

Queremos expresar un reconocimiento especial a tres personas que dedicaron enorme cantidad de tiempo y energía a este estudio de caso y al informe principal: Kime McClintock y Jerry Parks (principales asistentes de investigación en la Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane), y María Cristina Rosales (asistente editorial en Guatemala). Su dedicación para documentar antecedentes, comprobar hechos, verificar referencias y editar los textos enriquecieron en gran medida la calidad del producto final. También agradecemos a Nicole Carter, Alejandra Leyton y Maayan Jaffe su contribución como asistentes de investigación en secciones específicas del informe principal y/o de los estudios de caso. Mirella Augusto y María Carolina Herdoiza contribuyeron a este esfuerzo con valioso apoyo logístico y administrativo. Agradecemos a Erin Luben, Elizabeth T. Robinson y Nash Herndon en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill por su asistencia editorial, y a Denise Todloski por el diseño de la portada.

La Oficina para América Latina y el Caribe de USAID (USAID/LAC) encomendó este trabajo y dio directrices técnicas constructivas para su desarrollo. Queremos agradecer a Kimberly Cole su hábil manejo del proceso y su detallada síntesis de los comentarios de las personas que revisaron este estudio de caso. Otras personas de USAID/LAC y Global Health (GH) Bureau que revisaron este estudio de caso fueron Marguerite (Maggie) Farrell, Amber Hill, Lindsay Stewart, Verónica Valdivieso y Mary F.Vandenbroucke. Por último, los autores agradecen a un grupo de especialistas sobre América Latina y el Caribe, internos y externos a USAID, que revisaron parcial o totalmente los textos, a quienes se les da el reconocimiento correspondiente en el informe principal.

Citas sugeridas:

Bertrand JT, Ward VM, Santiso-Gálvez R. *Family Planning in Latin America and the Caribbean: The Achievements of 50 Years*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2015.

Santiso-Gálvez R, Ward VM, Bertrand JT. *Planificación Familiar en Paraguay. Logros de 50 Años*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2015.

Tabla de Contenido

Prefacio.....	2
Agradecimientos	2
VISIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN DEL PAÍS.....	4
LOS PRIMEROS AÑOS (1960-1980)	8
CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA (1980-2000).....	9
POST CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA (2001 AL PRESENTE)).....	10
EL PROCESO DE GRADUACIÓN.....	11
Políticas, Liderazgo y Gobernabilidad	13
Planificación Familiar y el Sistema de Salud	14
Recursos Humanos para Planificación Familiar	16
Sistemas de Información.....	17
Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos	18
Financiamiento.....	19
MIRANDO HACIA EL FUTURO.....	20

VISIÓN GENERAL DE LA SITUACIÓN DEL PAÍS

La población de Paraguay se aproxima a los 7 millones de habitantes, con una densidad de 15 habitantes por kilómetro cuadrado. Aproximadamente 54 por ciento de la población vive en áreas urbanas y 46 por ciento en áreas rurales, algunas de ellas muy dispersas. Es un país predominantemente agrícola, plurilingüe y multicultural. Los idiomas oficiales son el guaraní y el español y la mayoría de la población es bilingüe.

Considerado por el Banco Mundial como un país con una economía de ingresos mediano-bajos en 2012, Paraguay ha sido catalogado como uno de los países más pobres de América del Sur. El ingreso nacional bruto (INB) per cápita se estima en US\$3,400.¹ Sin embargo, al igual que en otros países de América Latina, existe una gran inequidad en los ingresos. A pesar que el país reporta una tasa de crecimiento económico de 13 por ciento en 2012,² la pobreza afecta a uno de cada tres paraguayos (32.4 por ciento) y la pobreza extrema, a uno de cada cinco.³

Aunque la razón de mortalidad materna ha disminuido, de 154 muertes por cada 100,000 nacidos vivos en 2004 a 89 por 100,000 en 2011, esta sigue figurando como la cuarta causa principal de mortalidad entre mujeres de 10 a 54 años de edad. Las principales causas de mortalidad materna han variado ligeramente en el transcurso de los años, pero el aborto inseguro, la toxemia, las hemorragias y la sepsis siguen siendo las más importantes.⁴ La disminución gradual de la razón de mortalidad materna se puede atribuir, en parte, a un aumento considerable de los partos institucionales y a mayor cobertura de la atención prenatal. Esto, junto a un mejor acceso a servicios de PF para las mujeres, particularmente las más pobres, ha contribuido al continuo descenso de la mortalidad materna en Paraguay.⁵

Los jóvenes menores de 15 años componen 33.0 por ciento de la población; 63.0 por ciento de las jovencitas de 11 a 19 años de edad ya han estado embarazadas, o ya dieron a luz. La fecundidad en adolescentes en Paraguay, en 2011, era de 68 nacimientos por 1,000 jóvenes mujeres de 15 a 19 años de edad.⁶

De acuerdo a datos de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR-2008), la tasa global de fecundidad (TGF) descendió, de 4.7 hijos por mujer casada o unida de 15-44 años de edad en 1990, a 2.5 en 2008. (Cuadro 1). Las diferencias geográficas en la TGF también se han reducido durante los últimos 20 años. En 1990, la TGF en las áreas urbanas era 3.6 hijos por mujer, comparada a 6.0 hijos por mujer en las áreas rurales.

¹ Banco Mundial. Índices Mundiales de Desarrollo World Bank-Paraguay [Web]. Washington, DC: World Bank; 2012:<http://data.worldbank.org/country/paraguay>.

² Comisión Económica para América Latina (CEPAL). *Paraguay. Informe Macroeconomico Junio 2012*. Santiago, Chile: CEPAL; 2012: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/46987/Paraguay-completo-web.pdf>.

³ Ibid.

⁴ MSPBS, 2012. Indicadores Básicos de Salud, con datos estadísticos de 2010.

⁵ IPS, 2010. Instituto de Previsión Social de Paraguay.

⁶ Plan Nacional de la Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Adolescencia 2010-2015.

Sin embargo, para el año 2008, la TGF urbana bajó a 2.2, en tanto que la TGF rural era 3.0 hijos por mujer.⁷

Cuadro 1: Tendencias en la Fecundidad, Uso de Anticonceptivos y Necesidad Insatisfecha entre Mujeres Casadas o Unidas de 15-44 Años de Edad, 1987-2008 Paraguay

	1987	1990	1995-1996	1998	2004	2008
Tasa Global de Fecundidad	5.4	4.7	4.2	4.3	2.9	2.5
Tasa de Prevalencia Anticonceptiva (TPA) (%)	37.6	48.4	55.9	57.4	72.8	79.4
TPA Métodos Modernos* (%)	29.0	35.2	41.3	47.7	60.5	70.7
Necesidad Insatisfecha (%)	n/d	17.4	19.2	17.3	19.7	12.9

Fuente: Encuesta de Planificación Familiar (EPF) 1987; Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 1990; ENSMI 1998; ENDSSR 1995-96, 2004, 2008.⁸

*TPA con métodos modernos incluyen el método de la amenorrea de la lactancia (MELA). El método de los días fértiles se considera un método anticonceptivo moderno pero su uso no se recolecta como tal.

n/d = no disponible

Los datos que se presentan en este cuadro se obtuvieron por medio de la Encuesta DHS StatCompiler para los años 1990, 1995-96, 2004 y 2008. Los datos para la necesidad insatisfecha no se incluyeron en el StatCompiler, los datos para 1990 y 1995-96 se obtuvieron del informe de las Naciones Unidas para las Metas del Milenio, mientras que los datos para 1998, 2004 y 2008 se obtuvieron directamente de las ENDSSR.

El descenso de la TGF coincide con el incremento de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (TPA) (cuadro 1) que pasó, de 37.6 por ciento en 1987 a 79.4 por ciento en 2008. Este aumento se debe, principalmente, a un mayor uso de métodos anticonceptivos modernos (de 29.0 por ciento en 1987, a 70.7 por ciento en 2008). Si se analizan los datos por lugar de residencia, es importante mencionar que la brecha de la prevalencia entre áreas rurales y urbanas se ha reducido considerablemente. En 1990, la diferencia en el uso de métodos anticonceptivos en el área urbana, comparada con el uso de métodos anticonceptivos en el área rural, era de 20 por ciento (53.5 por ciento entre usuarias en áreas urbanas versus 33.5 por ciento entre usuarias en áreas rurales). Sin embargo, en 2008, esta diferencia disminuyó a sólo el 0.2 por ciento (79.5 por ciento entre mujeres en las áreas urbanas y 79.3 por ciento en las áreas rurales). La demanda insatisfecha de métodos modernos en 2008 era 12.9 por ciento, siendo levemente más alta entre mujeres de escasos recursos económicos, de 35-44 años, guaraní parlantes, residentes en las áreas rurales, y con bajo nivel educativo.⁹

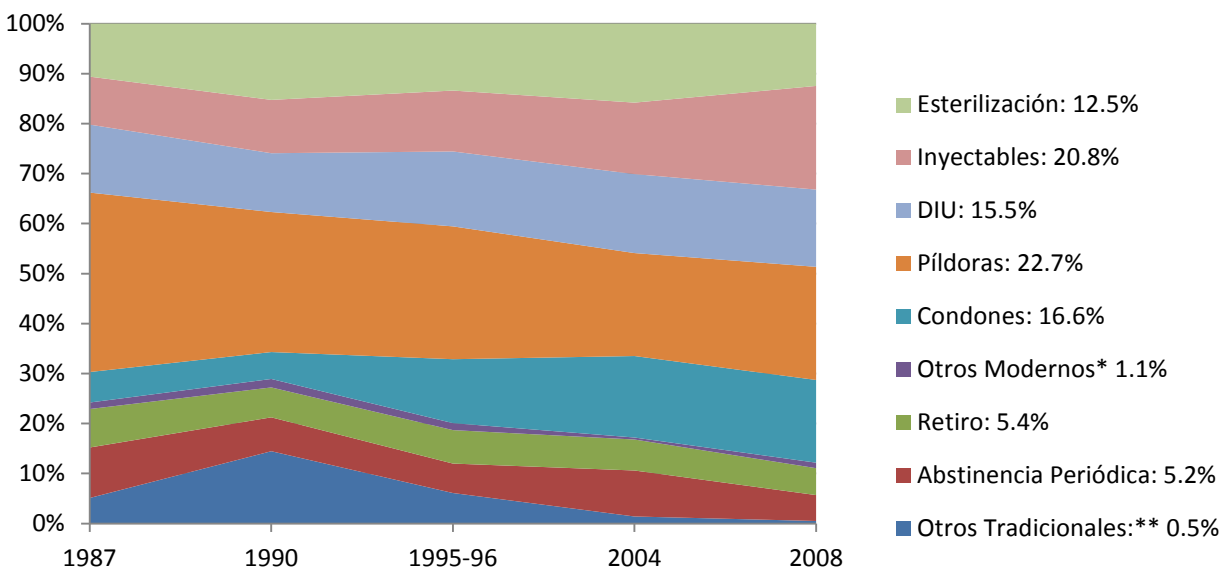
La mezcla de métodos en Paraguay está entre las mejor balanceadas del mundo, sin que ningún método represente más de un cuarto de la mezcla (Gráfica 1). De acuerdo a las tendencias de las

⁷ Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), 2009. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR) 2008.

⁸ Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). 1989. *Encuesta de Planificación Familiar (EPF) 1987*. Asunción, Paraguay: CEPEP; 1989; Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 1990*. Asunción, Paraguay: CEPEP; 1990; Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR) 1995-1996*. Asunción, Paraguay: CEPEP; 1996; Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR) 2004*. Asunción, Paraguay: CEPEP; 2005; Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR) 2008*. Asunción, Paraguay: CEPEP; 2009: [http://www.cepep.org.py/endsr2004/endsr2008/..](http://www.cepep.org.py/endsr2004/endsr2008/)

⁹ CEPEP, 2008. ENDSSR, Op. Cit.

encuestas de PF, ENDS y ENDSSR de 1995 a 2008, el método más común entre todas las usuarias de PF ha sido la píldora, aunque su uso disminuyó, de 35.9 por ciento en 1987 a 22.7 por ciento en 2008. La esterilización femenina se ha mantenido relativamente constante: de 10.6 por ciento en 1987, incrementó a 15.8 por ciento en 2004, y luego disminuyó a 12.5 por ciento en 2008. Los métodos tradicionales eran utilizados por 11.1 por ciento de los usuarios de PF en Paraguay en 2008. Vale la pena mencionar que ha habido poco acceso a la esterilización femenina en intervalo.¹⁰



Fuente: EPF 1987; ENDS 1990, ENDSSR 1995-96, 2004, 2008
 Los porcentajes de la leyenda se refieren a la encuesta más reciente (2008).
 * Incluye esterilización masculina, métodos vaginales y el método de la amenorrea de la lactancia (MELA).
 ** Incluye Billings y otros métodos folklóricos (no Yuyos. El uso de hierbas (Yuyos) para anticoncepción es una práctica común en Paraguay.

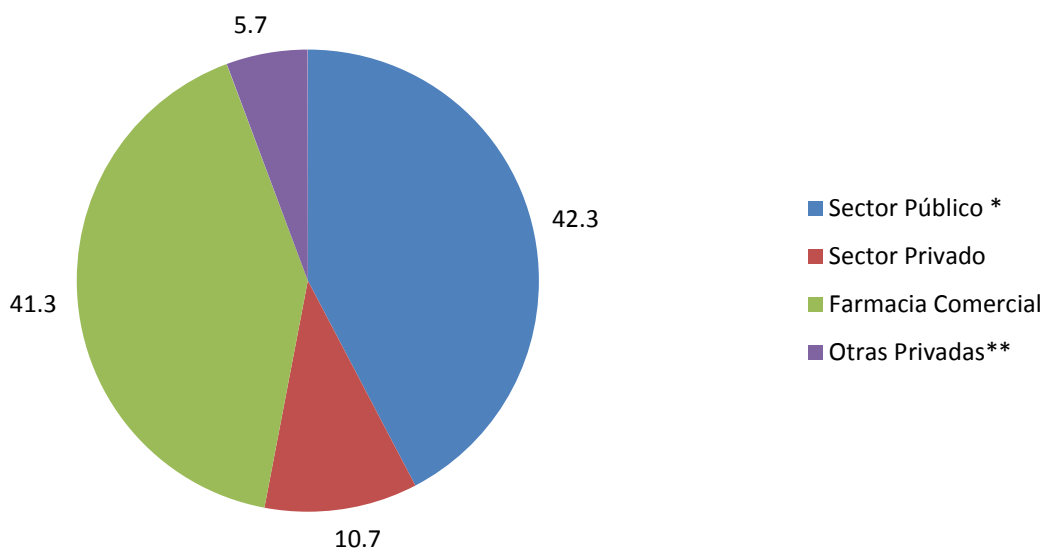
Gráfica 1: Mezcla de Métodos (1987-2008).

En 2008, el sector público en conjunto superó por primera vez a las farmacias privadas como fuente de provisión de métodos anticonceptivos para las mujeres casadas o unidas, aunque las farmacias privadas continúan siendo una fuente importante en Paraguay. (Gráfica 2). Entre 2004 y 2008, el porcentaje de mujeres que van al sector público a obtener sus insumos anticonceptivos subió del 31.7 por ciento a 42.3 por ciento, lo que equivale a un aumento de 17 por ciento en su participación relativa, lo cual se considera importante.¹¹ Las farmacias vieron disminuida su participación como fuente de provisión de anticonceptivos, de 43.4 por ciento en 2004, a 41.3 por ciento en 2008. El resto del sector privado representado por sanatorios, hospitales privados, clínicas y médicos privados ocupa el tercer lugar como fuente de provisión, con el 10.7 por ciento de participación y pocas variantes desde el 2004. Otras fuentes que cubren el 5.7 por

¹⁰ ENDSSR 2008.

¹¹ Establecimiento del MSPBS (37.3%, IPS (3.5), otros públicos (1.5%).

ciento de la demanda se refieren a la pareja, el esposo u otros países vecinos, como Argentina o Brasil.¹²



Fuente: ENDSSR 2008.

*Hospital Público, Hospital del Seguro Social, Puesto de Salud, clínica.

** Pareja, esposo u otros países vecinos como Argentina o Brasil.

Gráfica 2: Fuente de Provisión de Métodos (2008).

La segmentación del mercado de anticonceptivos en Paraguay está bastante equilibrada por quintil de ingresos económicos. El sector público atiende a los dos quintiles más pobres, y las farmacias atienden a los quintiles con cierta capacidad de pago.¹³

El aumento de la participación del sector público se debe, en parte, a una mayor y constante disponibilidad de métodos anticonceptivos en los puntos de entrega de servicios (PES) del MSPBS, particularmente en el área rural. La disponibilidad de anticonceptivos en el MSPBS se incrementó entre 2005 y 2011, gracias al fortalecimiento del sistema logístico y el empoderamiento del personal del MSPBS para facilitar el acceso a los servicios y estimar las necesidades de anticonceptivos. También se realizaron actividades complementarias de información, educación y comunicación (IEC) y consejería, para lo que se contó con importante asistencia económica y financiera de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), y forman parte del plan de “graduación” de la asistencia financiera para PF que se discute en mayor detalle más adelante en este estudio de caso. Otra razón para incrementar la participación del sector público fue la eliminación del cobro por consulta de PF en todos los PES a partir del año 2007.¹⁴

¹² CEPEP, 2008. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, Paraguay.

¹³ USAID/DELIVER Project. *Paraguay: Avances y Retos-Informe Final*. Arlington, VA: John Snow, Inc.; 2012: http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/countryreports/PY_AvanReto.pdf; ENDSSR 2008.

¹⁴ USAID / PROYECTO DELIVER, Mayo de 2012. Paraguay: Avances y Retos, Informe Final.

Paraguay ha logrado importantes avances en la extensión de cobertura de sus servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva (PF/SSR), así como en el apoyo y decisión política hacia esta materia. Sin embargo, todavía hay barreras para el uso de anticonceptivos que requieren esfuerzos continuos para que la PF/SSR siga siendo una prioridad de salud pública.

LOS PRIMEROS AÑOS (1960-1980)

Al igual que ocurrió en otros países de América Latina, la PF se inició en Paraguay en la década de los años 60, ante la preocupación de grupos de médicos, demógrafos y otros expertos por las notorias deficiencias en el ámbito de la salud materno infantil y ante la necesidad percibida de abordar de forma más sistemática la problemática de población en este país. En 1966, fundan el Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), con el objetivo inicial de realizar estudios sobre diferentes aspectos demográficos, y de sensibilizar e informar a la población con materiales educativos sobre las bondades de la paternidad responsable y la PF.

De acuerdo a expertos en PF que vivieron y trabajaron en Paraguay en ese entonces, CEPEP comenzó a crear demanda urbana de servicios de PF en Paraguay, lo cual creó conflictos con los grupos conservadores. Ante la falta de definición del gobierno de proporcionar estos servicios y, después de intensas jornadas de sensibilización y capacitación, el CEPEP comenzó a ofrecer servicios e información de PF a nivel de clínicas, convirtiéndose en pionero de estos programas. En esos años no estaba permitido en Paraguay el uso de ningún método anticonceptivo, aunque a finales de los años 60 el MSPBS autorizó promover el método Billings de ovulación, un método natural de planificación familiar que consiste en el manejo de la abstinencia periódica de la pareja durante los días fértiles de la mujer.

El apoyo técnico y financiero a la PF de parte de la USAID en Paraguay inició a finales de la década de los 60, pero no tuvo el respaldo necesario del gobierno, por lo que se orientó más al CEPEP. A principios de los años 70, el financiamiento brindó apoyo para las encuestas sobre fecundidad, que luego se expandieron para incluir demografía y PF bajo la asesoría del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta (CDC por sus siglas en inglés). USAID también dió apoyo para producir materiales de IEC y consejería.

El CEPEP fue aceptado como miembro de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF por sus siglas en inglés) en 1969 y se convirtió en miembro permanente en 1971.¹⁵ Con ese apoyo se pudieron consolidar los servicios de PF del CEPEP, ya que IPPF no solo daba una subvención financiera sino que donaba métodos modernos de anticoncepción que en aquel entonces el gobierno no tenía.

En 1970, el Ministerio de Salud estableció el Programa de Protección Familiar que incluyó la PF como medio para promover el bienestar de la familia. En 1972, se firmó un convenio entre USAID, MSPBS, CEPEP y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus

¹⁵ International Planned Parenthood Federation (IPPF). Paraguay [Web]. London, United Kingdom: IPPF; 2013: <http://www.ippf.org/our-work/where-we-work/western-hemisphere/paraguay>.

siglas en inglés) para dar información y servicios de PF, iniciando el programa estatal con personas formadas por CEPEP y sus voluntarios.

Durante los años 70, la percepción de los gobiernos sobre el tema de población era ambivalente por varias razones: Paraguay era un país con poca densidad poblacional; el recurso humano se consideraba valioso en el proceso de desarrollo; y las influencias conservadoras se oponían a la PF. Sin embargo, al disminuir la mortalidad y persistir patrones de alta natalidad, la estructura de edades comenzó a mostrar un incremento en la tasa de dependencia, lo que llamó la atención del gobierno.¹⁶

Desde 1954 a 1989, Paraguay estuvo bajo la dictadura del General Alfredo Stroessner. En 1979, el programa del MSPBS fue suspendido durante nueve años por orden del poder ejecutivo. La cobertura del CEPEP no llegaba a nivel nacional; sin embargo continuó recibiendo pequeñas donaciones de USAID, a pesar de la poca participación de esta última en PF en Paraguay durante esa época.¹⁷

CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA (1980-2000)

A inicios de los años 80, el CEPEP promovía la capacitación de personal clínico para ofrecer servicios anticonceptivos con métodos naturales basados en el conocimiento de la fertilidad. Esta tendencia continuó hasta la caída del Presidente Stroessner (1989). Desde mediados hasta finales de los 80, CEPEP también ofrecía insumos de PF, principalmente anticonceptivos orales a proveedores privados asociados, incluidos médicos y comadronas. El CEPEP también ofrecía capacitación y realizaba investigaciones en temas de población y salud de la mujer.

En 1988, el MSPBS restableció la prestación de servicios de PF a través del Programa Nacional de Salud Materno-Infantil y USAID volvió a brindar asistencia al gobierno, ofreciendo información sobre los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, lo que contribuyó a crear un ambiente político muy favorable a la PF.

Durante los siguientes años, USAID apoyó técnica y financieramente al CEPEP para lanzar nuevos modelos de servicio como la distribución comunitaria de anticonceptivos (DCA) y el mercadeo social. El mercadeo social se inició en 1996, primero a través de un proyecto financiado por USAID que más adelante se convirtió en un programa independiente llamado Population Services International (PSI/Paraguay), y luego a través de su afiliada, la ONG Promoción y Mejoramiento de la Salud (PROMESA). Su trabajo se orientó al uso de los medios de comunicación masiva, enfocándose en incrementar el uso de anticoncepción entre adolescentes y adultos jóvenes.

¹⁶ Ministerio del Interior, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia de la República, Comité Interinstitucional de Población (CIP). *Política de Población*. Asunción, Paraguay: United Nations Family Population Fund; 2005: http://www.unfpa.org.py/download/Politica_de_Poblacion_PY.pdf.

¹⁷ Bertrand JT. *USAID Graduation from Family Planning Assistance: Implications for Latin America*. Washington, DC: Population Council, Inc.; 2011: http://www.populationinstitute.org/external/files/reports/FINAL_LAC_Report.pdf.

Con mayor apoyo gubernamental, los programas se fortalecieron y la PF adquirió importancia, no sólo como un programa esencial de atención de la salud de las personas, sino también con el enfoque de disminución de la mortalidad materna. El MSPBS se hizo cargo de la población más vulnerable enfrentando algunos problemas con la calidad de atención, con la calificación del personal que ofrece los servicios, así como con desabastecimientos de métodos anticonceptivos, particularmente en las áreas rurales.

Durante los años 80 y 90, el CEPEP continuó brindando información y métodos anticonceptivos a través de una red de más de 20 clínicas, 100 profesionales de la salud y unos 600 promotores comunitarios, con lo que buscaba acercar los métodos de planificación familiar a los grupos más marginados. El CEPEP ha seguido aportando su experiencia como ONG pionera de la PF en el país, apoyando y promoviendo el enfoque de equidad y de derecho a información y servicios como un derecho humano.

El MSPBS comenzó a ofrecer métodos anticonceptivos modernos en Paraguay en 1989 con apoyo de USAID, UNFPA y de la Oficina Panamericana Sanitaria (OPS). OPS brindó asistencia técnica para actividades de capacitación y materiales de IEC; también dio apoyo para establecer guías técnicas y normas de atención, complementando esfuerzos importantes para mejorar la calidad de atención en el sistema de salud pública.

Durante los años de consolidación del programa de PF, USAID fue una de las principales agencias cooperantes que brindó apoyo financiero y técnico para incrementar el uso voluntario de servicios de SR. Su colaboración se implementó a través de importantes proyectos para desarrollar normas y protocolos de PF, capacitar a los proveedores de servicios, ofrecer métodos modernos y consejería, elaborar y distribuir materiales educativos, equipos informáticos, vehículos, equipamiento e instrumental médico y herramientas gerenciales. Todo esto contribuyó en gran medida a mejorar el acceso a y la disponibilidad de métodos anticonceptivos a nivel nacional.

Los cambios de gobierno ocasionaron retrocesos por diversas razones: la influencia y presión que ejercen en los candidatos políticos los grupos conservadores que se oponen a la PF; la incertidumbre que genera un nuevo gobierno en cuanto a una postura más o menos favorable hacia la PF; y los períodos de espera entre la elección y la toma de posesión de nuevas autoridades gubernamentales. La volatilidad del apoyo político a la PF, dependiendo de los líderes en poder gubernamental, tuvo un impacto negativo en el financiamiento e implementación de los programas de PF.

POST CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA (2001 AL PRESENTE))

Durante los últimos años en que USAID financió la PF en Paraguay se diseñaron e implementaron exitosas campañas de IEC, en colaboración con UNFPA y OPS. USAID también proporcionó capacitación para consejería en PF/SSR en todo el país. Estas actividades contribuyeron al empoderamiento de la mujer en términos de sus derechos reproductivos y a una mayor participación del hombre en esta temática. Las actividades de cabildeo e incidencia política también contribuyeron a crear un ambiente más favorable a la PF con la participación de la sociedad civil, particularmente de grupos comunitarios y organizaciones de mujeres.

EL PROCESO DE GRADUACIÓN

En la primera década del siglo XXI, la salud materno-infantil era prioritaria en Paraguay, ocupando un lugar importante en las políticas de salud. El compromiso hacia la salud de la mujer de parte de dos Ministras de Salud fue notable. Además, el trabajo de las ONG de mujeres que luchaban por los derechos reproductivos de las personas, por disminuir las altas tasas de mortalidad materna, y los compromisos internacionales hacia las Metas del Milenio, todo ello en conjunto, influyó de manera importante en esta postura.

En marzo 2005, USAID fijó los criterios bajo los cuales retiraría gradualmente la asistencia económica a varios países que habían logrado avances importantes en su programa de PF.¹⁸ Los datos de la ENDSSR de 2004 en Paraguay indicaban una TGF de 2.9 hijos por mujer y una TPA de métodos modernos de 60.5 por ciento. Por lo tanto, de acuerdo a los criterios establecidos, el país estaba listo para “graduarse” de la asistencia financiera de USAID para PF.

El proceso de graduación se desarrolló durante un período de cinco años (2006-2010). No obstante, cuando USAID anunció inicialmente su plan de graduación, tanto las autoridades del MSPBS como del IPS y el propio personal de la misión local, se mostraron un tanto sorprendidos: el país había tenido una dependencia económica y técnica casi total de USAID para la PF y se temía por la sostenibilidad de los avances logrados.

Un equipo de alto nivel formado por personeros del MSPBS, USAID/Washington y USAID/Paraguay, con apoyo de otros actores nacionales e internacionales, condujeron un diagnóstico de la situación y luego desarrollaron un plan de graduación. Los hallazgos indicaban que el acceso a la PF para las poblaciones pobres era limitado, debido en buena parte a constantes desabastecimientos en el sector público; por el contrario, el acceso a través del sector privado se consideró adecuado. Por lo tanto, el plan de retiro gradual se enfocó en incrementar el acceso a métodos en el sector público para lograr mayor equidad para poblaciones de escasos recursos económicos.

El plan – diseñado de acuerdo al contexto y necesidades de Paraguay – anticipó el apoyo continuo a la PF en Paraguay hasta finales del año fiscal 2010, con algunas actividades programadas hasta el 2011 por el ciclo de financiamiento de USAID. La visión era dejar a Paraguay en la posición de poder brindar servicios e insumos anticonceptivos de PF de buena calidad, a nivel nacional. Por lo tanto, el plan identificó tres áreas críticas que requerían apoyo continuo antes de suspender el financiamiento: (1) fortalecimiento del sistema de adquisición y manejo logístico de los anticonceptivos; (2) actividades de cabildeo e incidencia política, incluida la movilización comunitaria en pro de la salud y el apoyo a la descentralización; y (3) incremento del acceso a la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) femenina. Esto último se

¹⁸ U.S. Agency for International Development (USAID). *Technical Note: Approach to Phase-out of USAID Family Planning Assistance*. Washington, DC: USAID; 2006.

hizo al tener conocimiento que, a pesar que el MSPBS ofrecía la esterilización femenina post evento obstétrico, habían barreras para acceder a la AQV femenina a intervalo.¹⁹

El proceso de graduación fue acompañado muy de cerca por USAID, a través de varios proyectos que ayudaron a fortalecer el sistema de salud. Estos proyectos dieron énfasis al empoderamiento de las comunidades y del personal del MSPBS, en todos los niveles, para mejorar la calidad de los servicios, ampliar la cobertura, y manejar adecuadamente los sistemas de información y logística.

Las actividades de IEC y consejería se adaptaron a diferentes grupos objetivo y se hizo hincapié en coordinar con otros actores para evitar la duplicación de esfuerzos así como en promover estrategias de cabildeo e incidencia política, lo cual se tradujo en decisiones políticas importantes para que Paraguay se adueñara del proceso y para eliminar algunas barreras de acceso a los servicios.²⁰

Un componente clave de la estrategia de graduación fue la firma de un convenio entre el MSPBS, USAID y UNFPA para reducir de manera gradual la donación de anticonceptivos a medida que el financiamiento del gobierno iba incrementando para cubrir las necesidades. Este convenio ayudó al MSPBS en su transición, de una dependencia del cien por ciento en donaciones de insumos anticonceptivos, a una total autosuficiencia en un período de cuatro años.

El proceso de graduación se agilizó por la creación e intervención del Comité para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), establecido en el año 2005 con el apoyo de USAID. El DAIA diseñó e implementó un primer plan de acción (2006- 2010) con un enfoque de derechos reproductivos, centrándose en cinco objetivos primordiales: compromiso político y liderazgo; financiamiento y adquisición de anticonceptivos; asignación de recursos; logística y manejo de anticonceptivos; y demanda y uso de servicios.²¹

Inicialmente, el gobierno no reconoció formalmente al comité DAIA, a pesar que el personal de logística del MSPBS participaba en él activamente. Sin embargo, en 2011, la nueva Ministra de Salud ordenó reconocer oficialmente al comité DAIA, con lo que el Plan Estratégico 2011–2015 obtuvo aprobación gubernamental y se pudo incluir la compra de condones para doble protección (para prevenir VIH/ITS y el embarazo).

El trabajo del DAIA se benefició en gran medida por contar con un comité multidisciplinario muy comprometido con la población, particularmente con la mujer. Su trabajo se ha enfocado en los derechos de la mujer y en el derecho de todas las personas a disfrutar de una buena salud sexual y reproductiva. Con el apoyo de USAID en un inicio, este comité interinstitucional se convirtió en un modelo para otros países de la región. Sus miembros hoy día incluyen al MSPBS y el IPS, CEPEP, UNFPA, OPS y PSI Internacional y, hasta el 2010, a USAID, entre otros. Entre

¹⁹ Pilz K, Vandenbroucke M, Avila G. *Mid-Term Assessment Report on Phase-Out Plan for USAID Assistance to Paraguay in Family Planning/Reproductive Health*. Washington, DC: USAID; 2008.

²⁰ USAID / PROYECTO DELIVER, 2012.

²¹ USAID/Health Policy Project. *Promoting Country Ownership through Latin American Contraceptive Security Committees—Paraguay Case Study*. Washington, DC: Health Policy Project; 2013: http://www.healthpolicyproject.com/pubs/131_ParaguayBrief.pdf.

los logros del comité DAIA vale la pena mencionar su influencia ante el Congreso para etiquetar fondos específicos para adquirir anticonceptivos, lo que fue buen augurio para la sustentabilidad del programa después de la graduación.

El UNFPA también apoyó este proceso desde su inicio con asistencia técnica para capacitación, producción de materiales educativos, y compra de equipo e instrumental médico. El UNFPA sirvió, además, como agente de compra para los anticonceptivos del MSPBS. Desde el seno del DAIA, el UNFPA ayudó a implementar la estrategia nacional de oferta de condones para doble protección y a incrementar el acceso a la AQV de intervalo y post evento obstétrico en el ministerio.

Se puede afirmar que son varios los logros que Paraguay ha tenido en su “graduación” de la asistencia financiera de USAID para PF: el gobierno ha asumido en un cien por ciento el costo de adquisición de los anticonceptivos; se han logrado avances importantes en la disponibilidad de métodos modernos; y los desabastecimientos se han reducido a uno por ciento de acuerdo al comité DAIA. Sin embargo, el país aún enfrenta retos importantes que necesitan ser abordados con decisión.

Entre estos retos se puede mencionar el financiamiento de la próxima ENDSSR. Desde 1970 y, cada cuatro o cinco años, CEPEP ha venido realizando las ENDSSR en Paraguay, con apoyo técnico y financiero de USAID. Estas encuestas son una fuente importante de indicadores de progreso que han sido muy valiosos para la toma de decisiones.²²

La más reciente ENDSSR se realizó en 2008. Sin embargo, debido a falta de recursos económicos, no se ha podido realizar ninguna otra encuesta desde entonces. Hasta mediados de 2014, se estaban llevando a cabo aún negociaciones con donantes potenciales para financiar una nueva ENDSSR.

Políticas, Liderazgo y Gobernabilidad

El apoyo político a la PF ha sido inestable a lo largo de los últimos 50 años. A pesar que el sector de ONG y posteriormente el propio gobierno implementaban actividades de PF, en Paraguay no existía ningún respaldo legal hacia la PF hasta en 1992, cuando se ratificó una nueva constitución. En su Artículo 61, la constitución reconoce el derecho de todos los ciudadanos para decidir de una manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos, así como el derecho a recibir educación y acceso adecuado a servicios de PF. En la misma constitución se expresa que la vida comienza desde el momento de la concepción, argumento que ha sido utilizado por grupos que se oponen a la PF para señalar erróneamente a todos los anticonceptivos como abortivos.

En 1994, se creó el Consejo Nacional para Salud Sexual y Reproductiva (CNSSR), el cual incluyó miembros de todas las instituciones gubernamentales dedicadas a la PF/SSR, además del CEPEP, ONG de mujeres, organizaciones profesionales de obstetras y ginecólogos y otros

²² ENDSSR 2008, 2004, 1995-96; Encuestas Nacional de Demografía y SSR (ENDS),1990; Encuesta de Planificación Familiar (EPF) 1987.

médicos, la Cámara de Farmacias de Paraguay, y otras agencias del sector privado. Este Consejo jugó un papel importante en coordinar esfuerzos y recursos, así como en definir políticas de PF/SSR durante mucho tiempo; sin embargo ha dejado de convocarse regularmente durante los últimos años.

La Política Nacional de Atención a la Salud Integral de la Mujer, definida conjuntamente por el MSPBS y el CNSSR y aprobada en 1999, constituye un avance importante para garantizar acciones que promueven la salud de la mujer, incluida la PF. Además, se han actualizado las normas técnicas de PF. El Plan Nacional de Salud 1999-2003 incorporó los compromisos nacionales hacia PF/SSR asumidos por Paraguay en conferencias y cumbres a nivel mundial.

Por último, en 2011 se promulgó la ley 4.313 y el MSPBS comenzó a comprar anticonceptivos a través del UNFPA. Esta ley mejoró la 2907, facilitó la reglamentación para adquirir insumos anticonceptivos por medio de organismos internacionales, ordenó al IPS comprar los suyos con fondos propios, bajo las mismas condiciones que las del MSPBS, y exoneró de impuestos dichas compras.

En términos generales, se puede decir que Paraguay ha demostrado tener voluntad política para apoyar la PF y cuenta con los recursos técnicos, científicos y humanos necesarios para mejorar la situación de salud del país. El MSPBS ha implementado tres diferentes planes de salud sexual y reproductiva desde 1997. Estos planes han establecido objetivos, estrategias, indicadores y resultados esperados; además, facilitan la elaboración de planes operativos locales y regionales. En todos los planes ha existido siempre un importante enfoque de “derechos”.

Poco a poco, Paraguay ha desarrollado una cultura de defensa de los derechos sexuales y reproductivos, particularmente los de las mujeres. Según comentan algunos expertos, será muy difícil parar este impulso, a pesar de la oposición de grupos conservadores. La salud reproductiva recibe considerable atención y se incluye en el diálogo político, aunque a nivel operativo no recibe la misma importancia. A pesar que existe un marco jurídico y legal favorable, surge incertidumbre cada vez que hay un cambio de gobierno. Por eso se considera necesario un esfuerzo continuo de cabildeo e incidencia política, para mantener el apoyo político necesario.

Planificación Familiar y el Sistema de Salud

El sistema de salud en Paraguay está conformado por el sector público (MSPBS, IPS, hospital militar, hospital de la policía) y el sector privado, que incluye a las ONG que ofrecen servicios clínicos de PF, a médicos privados, comadronas tradicionales, al mercadeo social y al sector comercial privado, que incluye distribuidoras farmacéuticas y farmacias.

El programa de PF del MSPBS ofrece información, insumos anticonceptivos y servicios de PF de manera gratuita en los PES de una red de servicios en 18 regiones sanitarias y en aproximadamente 1,300 establecimientos de salud, a nivel nacional.

Como parte del proceso de descentralización, se crearon en Paraguay alrededor de 704 Unidades de Salud de la Familia (USF) en 234 distritos de 18 departamentos, donde reside la mayor

cantidad de grupos vulnerables y personas que presentan mayor índice de pobreza. Todas las USF ofrecen servicios e insumos de PF.

El apoyo de USAID a esta iniciativa ha jugado un papel importante al fortalecer la capacidad de las comunidades y gobiernos locales para llevar a cabo actividades de defensa de la salud y movilización comunitaria para garantizar la prestación de servicios de PF a nivel local. Estas actividades han sido implementadas con resultados positivos por la ONG local Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD), y contó con el firme apoyo de las autoridades gubernamentales que pretenden expandir este modelo a nivel nacional.

Ante el retiro del apoyo de USAID y la disminución del apoyo de otros donantes a la PF, el MSPBS ha enfrentado tres retos importantes: garantizar la calidad de los servicios, fortalecer la eficiencia del sistema de información y logística, y actualizar las normas y protocolos.

El IPS cubre a aproximadamente 20 por ciento de la población paraguaya y ha tenido mayor participación en la entrega de servicios de PF a partir de 2006. De solamente contar con un pequeño consultorio que funcionaba de manera irregular y dependía de donaciones del ministerio para ofrecer anticonceptivos, hoy día el IPS tiene consultorios de planificación familiar en toda su red de servicios en más de 100 hospitales y clínicas. Los anticonceptivos están incluidos dentro del listado básico de medicamentos del IPS y cuenta con un presupuesto garantizado para comprar todos sus insumos anticonceptivos, lo cual hace con fondos propios desde 2010.²³

USAID brindó apoyo para capacitar al personal clave del IPS en tecnología anticonceptiva, consejería y logística y participó, junto con el MSPBS, en una amplia estrategia nacional de IEC para mejorar la calidad de atención en los servicios dirigidos a las poblaciones más vulnerables, entre ellos los adolescentes. El comité DAIA ha jugado un papel importante en este esfuerzo y, aunque no todo está resuelto y hay retos que enfrentar, la mayor participación del IPS se considera un logro muy importante en Paraguay.

El CEPEP continúa ofreciendo servicios clínicos de PF, aunque su papel como fuente de provisión de anticonceptivos ha disminuido. Hasta el año 2006, CEPEP recibió métodos anticonceptivos donados por USAID, con lo que pudo mantener un programa de distribución comunitaria que se promovía particularmente en áreas rurales y en las áreas del norte de Paraguay. Este modelo de servicio ha desaparecido en CEPEP al incrementarse la cobertura del MSPBS y del IPS.

En los últimos diez años, el CEPEP expandió sus servicios a otras áreas de salud materno-infantil y SSR como atención prenatal, ginecología, pediatría y otros, en sus cuatro clínicas. El CEPEP ha tenido que luchar por su autofinanciamiento al concluir el apoyo financiero de USAID como parte del proceso de graduación. Hoy día, el CEPEP ofrece métodos anticonceptivos con aranceles sociales, los cuales recibe como donación de IPPF, haciéndose cargo de los gastos de envío, retiro y tasas aduanales. En el año 2013, el CEPEP pudo cubrir 70 por ciento de sus costos

²³ USAID/DELIVER Project. *Estudios de Caso: la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos en Institutos de Seguridad Social, En Cinco Países de América Latina.* Arlington, VA: John Snow, Inc.; 2008. Retrieved from: http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/policypapers/LAC_CSSociSecu.pdf.

operativos con fondos propios. Sin embargo, este proceso no ha sido fácil y existe un plan de contingencia para reducir costos, incluido el recorte de recursos humanos si fuese necesario.

En años anteriores, el mercadeo social consistía en ofrecer métodos de PF a precios razonables, los cuales se distribuían por medio de promotores, principalmente en las zonas peri-urbanas y comunidades rurales remotas. Sin embargo, esta estrategia prácticamente ha desaparecido ahora que el MSPBS ofrece métodos anticonceptivos gratuitos en todo el país.

El mercadeo social no lucrativo en Paraguay ha contribuido a la segmentación del mercado, asegurando el acceso a métodos anticonceptivos con precios razonables para los quintiles económicos intermedios de la población. Como se mencionó antes, PSI/Paraguay es una organización de mercadeo social inicialmente financiada por USAID, hasta que logró su autosustentabilidad financiera. Durante varios años, PSI/Paraguay distribuyó anticonceptivos orales y condones masculinos a través de las farmacias. En 2004, PSI/Paraguay lanzó un producto para anticoncepción de emergencia (AE) que se ofrece en las farmacias. PSI utiliza materiales de comunicación para promover el cambio de comportamiento de los proveedores e insertos en artículos de consumo para incrementar el conocimiento y el uso de la AE; PSI también lleva a cabo actividades de comunicación dirigidas a estudiantes, maestros y padres.

El sector privado comercial (que consiste en fabricantes y distribuidoras farmacéuticas locales e internacionales, así como médicos privados), ofrece productos y servicios a los quintiles económicos más altos de la población. Las farmacias comunitarias que utilizan fondos rotatorios del estado e incluyen PF fueron parte de la reforma del sistema de salud en comunidades rurales.

Recursos Humanos para Planificación Familiar

En años anteriores el gobierno de Paraguay no había puesto suficiente atención al desarrollo de recursos humanos para el cuidado de la salud. En 2010, el país tenía una fuerza laboral de 54,598 profesionales que incluía 10,390 médicos, 15,341 enfermeras auxiliares, un poco más de 10,000 enfermeras y asistentes de enfermería, 1,964 parteras y 1,944 asistentes obstétricas, entre otros. Sin embargo, este equipo de trabajadores de salud no estaba geográficamente bien distribuido. A pesar que había 22.5 trabajadores de salud por cada 10,000 habitantes a nivel nacional, 70 por ciento de ellos estaba concentrado en Asunción y sus alrededores, donde únicamente reside 30 por ciento de la población. Además, había escasez de personal de salud, particularmente el que se requiere para la atención primaria. Los contratos del sector salud no ofrecen seguridad alguna a largo plazo, y muchos trabajadores de salud migraban a los países vecinos.²⁴

Más recientemente, sin embargo, el MSPBS desarrolló políticas y planes para mejorar la capacidad técnica y la distribución del personal de salud, para mejorar las condiciones de trabajo como medio para elevar la moral de los trabajadores y para fortalecer vínculos entre las

²⁴ Global Health Workforce Alliance. Paraguay-building a national health sector career sector [fact sheet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Global Health Workforce Alliance; 2011: http://cdrwww.who.int/workforcealliance/countries/ccf/CCF_Poster_Paraguay.pdf.

instituciones educativas y la prestación de servicios. Para 2011 (fecha más reciente para la que hay datos disponibles), los servicios de salud del MSPBS contaban con los siguientes profesionales de salud por cada 10,000 habitantes: médicos, 11.7; obstetras, 2.1; enfermeras profesionales, 5.0; enfermeras auxiliares, 12.0.²⁵

Al igual que en otros países de América Latina, la alta rotación del recurso humano que trabaja en los programas de salud es un problema que preocupa a los administradores y defensores de la PF/SR, particularmente ante la fuerte inversión que su capacitación representa.

Como parte del proceso de graduación en Paraguay y con el propósito de lograr la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, USAID dió apoyo al MSPBS para fortalecer su capacidad técnica, mejorar la calidad de la información necesaria para estimar requerimientos de anticonceptivos, empoderar al personal a nivel central y regional para mantener el sistema logístico, y rastrear el progreso respectivo.²⁶

USAID ayudó a establecer un excelente equipo de defensores, identificado y comprometido con la PF/SSR, tanto a nivel del MSPBS, como de IPS y del sector privado de ONG. La permanencia de este equipo en esos puestos es particularmente importante porque da continuidad al programa cuando hay cambios de gobierno.

Sistemas de Información

A principios del milenio, la información y los datos del MSPBS estaban fragmentados entre los distintos programas; el proceso logístico se manejaba de manera vertical y en sistemas paralelos; los controles internos tenían debilidades; los insumos algunas veces se vencían, desaparecían, o se dañaban, y hasta hubo reportes de venta de anticonceptivos donados en las farmacias privadas; los desabastecimientos eran frecuentes.

Como se dijo antes, uno de los objetivos del proceso de graduación fue fortalecer el sistema de información logística en todas sus funciones: estimación de necesidades, procesos de adquisición, almacenaje, transporte y distribución de insumos, con la debida supervisión, monitoreo y evaluación del avance de resultados; y de utilizar esos resultados para tomar decisiones que garanticen el acceso para las poblaciones pobres, rurales e indígenas a los insumos y servicios que ofrece el sector público.

Con el apoyo de USAID y de sus socios implementadores, se desarrolló en el MSPBS el Sistema de Información para la Administración Logística (SIAL), como un sistema capaz generar información esencial para la toma de decisiones. Posteriormente el MSPBS automatizó este sistema dando la debida capacitación para su manejo y para el uso de la herramienta PipeLine a nivel central.²⁷

²⁵ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2013.

²⁶ USAID/DELIVER Project. *Paraguay Overview*. Arlington, VA: John Snow, Inc.; 2012:

http://deliver.jsi.com/dhome/countries/countrynews?p_persp=PERSP_DLVR_CNTRY_PY.

²⁷ PipeLine es un sistema de planificación del Monitoreo y Adquisición de Productos desarrollado por el Proyecto Deliver de John Snow, Inc. para ayudar a los gerentes de programa a monitorear la programación y adquisición de los insumos. PipeLine

Este sistema demostró ser exitoso para reducir los desabastecimientos y facilitar la toma de decisiones desde el inicio, a tal punto que en 2009 y con apoyo de USAID, el MSPBS decidió utilizarlo como modelo, e integrarlo a un sistema único para medicamentos e insumos en todo el ministerio. La transición de sistemas se inició en 2010 en un proceso que duró dos años, sentando la base para un nuevo sistema integrado denominado Sistema de Información y Control de Inventarios Automatizado del Paraguay (SICIAP). Se había llegado a un descenso extraordinario de los desabastecimientos de anticonceptivos con el sistema anterior SIAL. Sin embargo, de acuerdo a expertos locales, la integración a un sistema único de logística ha resultado en debilitamiento de la plataforma de información de PF, la cual persiste hasta la fecha. Esto suele suceder cuando un sistema se expande de unos cuantos métodos de PF a más de 650 insumos médicos, incluidos los anticonceptivos. Los ajustes son inevitables para resolver esta situación. El departamento de logística del MSPBS está consciente de esto y le gustaría recibir asistencia técnica y financiera adicional en esta área programática.

Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos

A partir de octubre de 2005, USAID dio asistencia técnica al programa de PF en Paraguay para el manejo del sistema logístico. Tres años más tarde, los desabastecimientos de anticonceptivos disminuyeron de 15 por ciento (en 2005) a 5 por ciento (en 2008). Como se dijo antes, el gobierno de Paraguay comenzó a adquirir anticonceptivos con fondos propios en 2006 (mientras que antes UNFPA y USAID los donaban). USAID ayudó al MSPBS a lograr la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos apoyando el fortalecimiento del marco regulatorio para facilitar el proceso de adquisiciones y hacerlo sostenible.²⁸

En 2006, el gobierno de Paraguay firmó un convenio tripartito de 4 años entre el MSPBS, USAID y UNFPA para asumir gradualmente la compra de anticonceptivos. UNFPA continuó donando anticonceptivos al MSPBS hasta 2009.²⁹ El mecanismo de adquisición implicó un cofinanciamiento con UNFPA, mediante el cual el porcentaje asumido por el gobierno de Paraguay comenzó en cero en 2006, pero aumentó a 44 por ciento en 2007, 68 por ciento en 2008, y 100 por ciento en 2009. Hoy día el UNFPA actúa como agente de compra para la adquisición de anticonceptivos para el MSPBS y el IPS, con lo que se ha logrado un importante ahorro para el país.³⁰

No obstante, a pesar del éxito alcanzado, algunos miembros del comité DAIA han manifestado preocupación por la creciente demanda presupuestaria del programa de PF, lo que consideran podría ocasionar su insostenibilidad, a pesar que la Ley 4313 ampara la provisión de recursos financieros que el programa de PF requiera. Lo que más parece preocupar es que el MSPBS no ha estimado las necesidades financieras futuras y no está considerando cómo abordar estos

proporciona la información necesaria para garantizar el abastecimiento adecuado y consistente de los productos a nivel de los programas o a nivel nacional.

²⁸ USAID/DELIVER Project. *La Adquisición de Anticonceptivos en América Latina y El Caribe: Un Análisis de las Opciones Actuales y Futuras en Ocho Países*. Arlington, VA: John Snow, Inc.; 2010:

http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/policypapers/LaAdquAnticoncept_LAC.pdf.

²⁹ USAID/DELIVER Project. *Guaranteeing Widespread Access to a Broad Choice of Contraceptives*. Arlington, VA: John Snow, Inc.; 2006: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNAD1972.pdf.

³⁰ USAID/DELIVER Project, 2012.

problemas a largo plazo. La demanda ha aumentado de manera sostenida desde que el MSPBS amplió su cobertura con las estrategias de gratuidad y atención primaria de la salud. Por lo tanto, un reto de crucial importancia es garantizar la sustentabilidad financiera del programa de PF del MSPBS.

De 2010 a 2011, USAID dio asistencia técnica para complementar los esfuerzos del DAIA por mejorar el acceso a servicios de PF, particularmente en el IPS, y promover el interés de los miembros del comité para implementar una estrategia de segmentación del mercado con un enfoque de mercado total.

Hasta principios de 2012, el compromiso político en Paraguay había sido del más alto nivel; la anterior Ministra de Salud estaba comprometida con la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, cuando salió el presidente Fernando Lugo del poder de manera prematura a mediados de 2012, esta Ministra fue separada de su cargo dejando un lamentable vacío en cuanto al apoyo a la PF/SR.³¹ Los principales problemas enfrentados en 2012 se debieron al cambio de autoridades en un contexto de crisis política.

En agosto del 2013 asumió un nuevo gobierno en Paraguay y, el 30 diciembre de ese mismo año, se aprobó el nuevo Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2019. Este plan se diseñó bajo el liderazgo del MSPBS, con la participación de la OPS, UNFPA, IPPF, CEPEP, y la Unión Europea (UE). Su objetivo estratégico es mejorar la salud sexual y reproductiva de la población paraguaya por medio del desarrollo de políticas públicas justas, equitativas e integradoras, que tomen en consideración aspectos de género, derechos y diversidad cultural. La PF ha quedado reconocida como una de las siete áreas estratégicas de dicho plan, por lo que hay optimismo en el país por la postura de apoyo a la PF manifiesta por el nuevo gobierno.

Financiamiento

En 2006, Paraguay aprobó la Ley 2907, que garantiza los recursos financieros para que el MSPBS adquiera los anticonceptivos y equipos para atención del parto que el país necesite. En 2006, el MSPBS asignó US\$261,753 dólares para comprar anticonceptivos, y asignó casi el doble de esa cantidad en 2007 (US\$551,000 dólares). En 2009, el ministerio invirtió US\$566,000 y pudo cubrir el 100 por ciento de las compras de anticonceptivos, con lo que se cubrieron todas las necesidades del sector público y se suplementó también la participación mayoritaria de los productos y servicios de PF que ofrece el sector privado, incluidas farmacias, ONG y médicos privados (que también se financian con contribuciones directas provenientes de gastos de bolsillo).

El gobierno aprobó la Resolución 598, que establece la provisión gratuita de todos los anticonceptivos que ofrece el MSPBS en todos los establecimientos públicos. Esto ocasionó la duplicación de la demanda de anticonceptivos en el MSPBS en los últimos años, con lo que los fondos anuales necesarios para cubrir la adquisición de anticonceptivos son cada vez mayores.

³¹ Pineda Gadea Z. Avances y desafíos estratégicos para el aseguramiento en insumos en salud reproductiva en la región LAC [présentation]. Informe Regional Del Foro LAC; 2012.

Como se dijo antes, de 2007 a 2009 el convenio con el UNFPA era de cofinanciamiento, combinando los fondos del MSPBS con los del UNFPA para adquirir insumos y brindar asistencia técnica. Sin embargo, en 2008, el MSPBS analizó la opción de compras a terceros y concluyó que ésta ofrecía mayores ventajas en cuanto a flexibilidad y transparencia en los procesos de adquisición.

El MSPBS optó por modificar el convenio, de cofinanciamiento al mecanismo de compras a terceros, lo que le permitiría aprovechar el apoyo de la oficina local de UNFPA. A través de esta colaboración, el MSPBS pudo desarrollar una alianza directa con la Oficina de Servicios de Adquisiciones del UNFPA en Copenhague para poder monitorear sus pedidos de manera más directa. La DAIA presentó un proyecto al Congreso de la Republica para autorizar al MSPBS a utilizar el sistema de compras a terceros, el cual se convirtió en la Ley 4313, actualmente en vigencia. Esto ha resultado en un ahorro significativo para el MSPBS.^{32,33}

Se han identificado algunos problemas con este mecanismo, tanto por los procesos burocráticos internos del gobierno para tramitar el pago, como debido a que los fabricantes no tienen los productos disponibles con las especificaciones que el gobierno requiere y se debe elaborar el producto a partir del pedido específico. Las condiciones de pago adelantado que el UNFPA requería anteriormente dificultaban la ejecución presupuestaria del gobierno, pero con la nueva ley (Ley 4143) se han superado muchas de las dificultades anteriores. Actualmente la lentitud burocrática es el principal problema.³⁴

La DAIA ha buscado oferentes locales de insumos anticonceptivos así como otros mecanismos de adquisición que resulten más eficientes y efectivos, pero hasta la fecha el mecanismo actual sigue siendo la mejor opción.

Si bien existe presupuesto asegurado para la adquisición de insumos anticonceptivos, el MSPBS cuenta con un presupuesto insuficiente para actualizar las normas y protocolos, realizar actividades de IEC, actualizar la capacitación del recurso humano, dar mantenimiento a la infraestructura, realizar encuestas de demografía y salud reproductiva, y para poder hacer un adecuado monitoreo y evaluación. Por lo tanto, Paraguay sigue dependiendo de la cooperación externa para estas acciones. Las nuevas autoridades del MSPBS han comenzado a negociar financiamiento con diversos donantes potenciales para cubrir estos gastos.

MIRANDO HACIA EL FUTURO

Paraguay ha logrado avances importantes en PF, pero está tratando de consolidar el progreso alcanzado. Actualmente hay situaciones que podrían conllevar a un retroceso después de años de trabajo.

³² USAID/DELIVER Project, 2012.

³³ Ibid. Con información de un miembro de la DAIA

³⁴ Marguerite Farrell, Directora del Grupo de Trabajo de Graduacion de Planificación Familiar, Comunicación personal.

Paraguay tiene una de las tasas de prevalencia de anticonceptivos más altas de América Latina y tiene una segmentación del mercado efectiva. Sin embargo, aún se enfrentan retos, tales como la necesidad de llegar a los adolescentes con información y servicios de salud sexual y reproductiva.

Este grupo poblacional prioritario continuará creciendo en número en los próximos años, y las altas tasas de fecundidad en adolescentes inciden negativamente en la mortalidad materna. Las estadísticas de MSPBS para 2009 señalaron que 63 por ciento de las muertes maternas registradas ocurren en el grupo de mujeres jóvenes entre 15 y 24 años de edad. Además, la necesidad insatisfecha de servicios de PF entre las jóvenes sexualmente activas que no están casadas o unidas, es de 21 por ciento, comparada a 5 por ciento para jóvenes de la misma edad que están casadas o unidas.³⁵ Esta evidencia confirma que Paraguay enfrenta retos importantes para aumentar el acceso a servicios de PF y consolidar la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos. En vista del creciente número de embarazos no planificados y el avance del VIH a cada vez más temprana edad, se están desarrollando y se necesitan implementar nuevas políticas y estrategias enfocadas a adolescentes y jóvenes.³⁶

CEPEP ofrece “espacios amigables” en sus centros para adolescentes donde las y los jóvenes pueden compartir experiencias y recibir una guía adecuada para sus necesidades específicas. Además, el MSPBS está comenzando a centrar más su atención en los adolescentes. Hace falta investigar más para tener un mejor conocimiento de las preferencias de los adolescentes y poder brindarles información, servicios y métodos anticonceptivos, así como servicios de SSR, más amigables para ellos a través del MSPBS. Si bien es cierto que el modelo de clínicas amigables para jóvenes ha reportado resultados contradictorios en otros países. Además, es importante emprender acciones para prevenir la violencia basada en género e incrementar el acceso a la anticoncepción de emergencia (AE) para prevenir los embarazos no planificados en adolescentes y otras víctimas de violencia sexual.

El 22 de enero de 2014, el Ministro de Salud presentó al público el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en una importante ceremonia que contó con la presencia del Vicepresidente de la República, el Ministro y la Viceministra de Salud, el Viceministro de la Juventud y otras autoridades prominentes. Además, el gobierno declaró el 29 de noviembre de cada año como el Día Nacional de la Planificación Familiar. Estas acciones demuestran un alto nivel de compromiso con la PF/SSR del nuevo Ministro de Salud y sus colaboradores, lo cual será determinante para seguir avanzando, particularmente en el tema de las y los adolescentes.

Se considera importante tomar en cuenta los siguientes aspectos para continuar con el éxito logrado en PF/SSR en Paraguay:

- mantener los logros alcanzados hasta la fecha y contar con financiamiento adecuado para la adquisición de insumos anticonceptivos, de manera eficiente y oportuna. Para esto, es necesario respetar la Ley 4313, garantizando que el MSPBS y el IPS cuenten con recursos presupuestarios adecuados cada año, de acuerdo a las necesidades reales de consumo,

³⁵ USAID/DELIVER Project. *A Participatory Approach: Using Market Analysis to Improve Access to Family Planning Services*. Arlington, VA: John Snow, Inc.: 2011.

³⁶ Pineda Gadea, 2012.

garantizando el financiamiento etiquetado para la compra de anticonceptivos para que no se desvíen los fondos para otros fines;

- implementar un sistema eficiente de logística que monitoree la cantidad, calidad y continuidad de los insumos;
- fortalecer la capacidad de otros proveedores de salud, como Sanidad Militar y Sanidad Policial;
- consolidar el papel que desempeña el IPS en la oferta de PF dentro de la estrategia de segmentación de mercado, haciendo énfasis en el enfoque de mercado total;
- garantizar la permanencia del Comité DAIA, lo cual ha sido contemplado en el nuevo Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para 2014-2018;
- continuar con las actividades de cabildeo e incidencia política para apoyar el principio que la PF debe ser claramente visualizada como un derecho para todas las personas y que debe mantenerse como prioridad en los planes y actividades de salud; este cabildeo se requiere tanto a nivel nacional, como a nivel de distrito, municipio y comunidad, particularmente entre líderes políticos, gubernamentales y financieros, grupos religiosos y también a nivel de usuarios y proveedores;
- implementar el nuevo Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para los próximos cinco años en colaboración con el nuevo gobierno y con la participación de las principales autoridades de la nueva administración;
- mejorar los servicios de SSR para adolescentes, mujeres, grupos indígenas y guaraní-parlantes y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad, con un enfoque de derechos;
- conseguir el apoyo gubernamental y de la cooperación internacional para financiar las ENDSSR o encuestas similares, para poder contar con información adecuada y actualizada para la toma de decisiones;
- fortalecer los sistemas de información y logística, incluido equipo de bodega e infraestructura, así como los recursos humanos plenamente capacitados para mejorar la calidad de las intervenciones con el adecuado soporte, supervisión, monitoreo y evaluación de los procesos de entrega de servicios;
- continuar con la capacitación del personal de salud para mantener la cobertura con servicios de calidad a nivel central y regional y en todos los PES. Esto incluye capacitar a los funcionarios del nuevo gobierno, tanto en aspectos técnicos como de logística, monitoreo y supervisión.

En general, la situación de PF/SR en Paraguay es favorable. Los indicadores muestran incrementos importantes y se ha logrado eliminar, en gran medida, algunas brechas de inequidad hacia las poblaciones más vulnerables. Existen personas comprometidas con la PF/SSR en todos los niveles. Se cuenta con un marco jurídico y legal muy favorable. Los actores clave, tales como los consejos locales y regionales de salud, las ONG y las organizaciones de mujeres, están tratando de aunar esfuerzos para resolver algunos obstáculos pendientes dentro del proceso de reforma del sistema de salud.

Con todos estos elementos, será crucial trabajar y mantener esfuerzos constantes de cabildeo e incidencia política para tomar decisiones con respecto a dónde y cómo dirigir los esfuerzos del sector público y del sector privado en el futuro.

MEASURE Evaluation

Carolina Population Center
400 Meadowmont Village Circle, 3rd Floor
Chapel Hill, NC 27517

<http://www.measureevaluation.org>