



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

CALIDAD EN SALUD
GUATEMALA

COSTO BENEFICIO DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GUATEMALA



AGOSTO 2008

Este documento fue preparado por University Research Co., LLC y producido para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Las opiniones de los autores en esta publicación no necesariamente representan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o el Gobierno de Guatemala.

INFORME FINAL

COSTO BENEFICIO DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GUATEMALA

USAID CALIDAD EN SALUD

AGOSTO 2008

RICARDO VALLADARES, LUIGI JARAMILLO



COSTO BENEFICIO DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GUATEMALA

COSTO BENEFICIO DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA EL MINISTERIO DE SALUD EN GUATEMALA

RESUMEN

En Guatemala está cambiando la estructura de población y reduciéndose la fertilidad total, con riesgo de polarización demográfica: un proceso en el cual las características de natalidad elevada, alta mortalidad infantil y materna tienden a concentrarse en el estrato de pobreza extrema. Para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es conveniente cubrir la demanda insatisfecha de planificación familiar; tanto por el impacto en la salud materna e infantil, como por los beneficios económicos que derivarían una menor demanda de servicios.

El MSP es el principal proveedor de servicios de planificación familiar en Guatemala. De acuerdo con el marco jurídico vigente, no solamente tienen las parejas el derecho a escoger libremente cuántos hijos quieren tener y cuándo tenerlos, sino que es obligación del estado procurar acceso universal y equitativo a métodos de planificación familiar. El impuesto sobre bebidas alcohólicas genera recursos con destino específico a salud reproductiva, lo cual hace viable al MSP el cumplimiento de su mandato en PF.

Continuación en la página iv

CONTENIDO

1	Introducción	1
2	Objetivos del Estudio	2
2.1	Objetivo General	2
2.2	Objetivos Específicos de la Primera Fase	2
3	Método	2
3.1	Antecedentes Metodológicos	2
3.2	Procedimientos de la estimación	3
3.2.1	El análisis de costo-efectividad de la planificación familiar	3
3.2.2	Costo beneficio de la planificación familiar	3
3.3	Delimitaciones	4
3.3.1	Delimitación conceptual	4
3.3.2	Delimitación espacial	4
3.3.3	Delimitación temporal	4
3.4	Fuentes de información	5
4	Resultados	5
4.1	Las tendencias demográficas en Guatemala	5
4.2	El marco legal, institucional y financiero de la planificación familiar	6
4.3	La planificación familiar en el MSP	7
4.3.1	Métodos de planificación familiar en el MSP	7
4.3.2	Años de Protección Pareja entregados por el MSP	8
4.3.3	Estimación de embarazos evitados	9
4.3.4	Estimación de costos de la planificación familiar	10
4.4	Beneficios Económicos de la Planificación Familiar	10
4.4.1	Estimación de los servicios no prestados	10
4.4.2	Estimación del ahorro institucional	11
4.4.3	Índice de Beneficio-Costo de la Planificación Familiar en el MSPAS	11
5	Discusión	12
5.1	Índice de Beneficio Costo de cada método	12
5.2	Escenarios alternativos	13
6	Implicaciones de Política	13
6.1	Oportunidades para atender la demanda insatisfecha	13
6.2	Uso efectivo del financiamiento específico para PF	14
6.3	Enfocar en evitar los embarazos de mayor riesgo	14
7	Bibliografía	15

De acuerdo con el presente estudio, entre 2002 y 2007 el MSP entregó servicios de planificación familiar que equivalen a 1 millón 993 mil años de protección pareja, que se traducen en 663 mil nacimientos evitados. En ello se gastó alrededor de Q 66 millones. Al evitar estos nacimientos se dejó de prestar servicios de salud que después de costeados y ajustados por la tasa de utilización de los servicios, representan un ahorro de Q 956.8 millones, en quetzales constantes de 2005. Sólo en 2007, el esfuerzo incrementado del programa se tradujo en un ahorro de Q 206 millones. El índice de beneficio costo por cada quetzal invertido en planificación familiar, es de Q14.35 de ahorro para el MSP en atenciones maternas e infantiles.

Sin embargo, al examinar la oferta de servicios se nota que el 96% de usuarias utilizan métodos de alto costo y poca duración, a pesar que buena parte de ellas no desean hijos pronto o ya no desean más hijos. Métodos como el DIU y la AQV representan el 4% de las usuarias pero el 30% de los años de protección pareja generados. Los mejores índices de beneficio costos por método los tienen el DIU con Q72.68 y la AQV femenina, con Q69.47 de beneficio por quetzal invertido.

En consecuencia, se elaboró un escenario alternativo para evaluar el resultado si se redistribuía el gasto en métodos menos costo beneficiosos hacia los de mayor beneficio por el costo. El escenario alternativo mostró que una mezcla distinta de métodos hubiese podido generar un beneficio costo de Q30.20 de ahorro por cada quetzal invertido en planificación familiar, y un beneficio total de Q 2 mil millones.

Continuación en la página v

TABLAS

Tabla 1. Parámetros para calcular el número de años de protección pareja (APP) generados con los servicios de planificación familiar del MSP.	9
Tabla 2. Número de APPS generados en el MSPAS de 2002 a 2007 según método . . .	9
Tabla 3. Costos de los métodos de planificación familiar por Año de Protección Pareja, en Quetzales de 2005	10
Tabla 4. Costo anual en entrega de métodos de planificación familiar en el MSP en miles de Quetzales de 2005	11
Tabla 5. Cobertura y costo de las intervenciones en salud infantil, en quetzales de 2005	11
Tabla 6. Cobertura y costo de las intervenciones en salud materna, en quetzales de 2005	12
Tabla 7. Ahorros institucionales en atenciones maternas e infantiles por nacimientos evitados con la planificación familiar en el MSP, entre 2002 y 2007, millones de quetzales de cada año y en quetzales constantes de 2005.. . . .	12
Tabla 8. Relación entre beneficios y costos de la planificación familiar en el periodo 2002-2006	12
Tabla 9. Índice de Beneficio Costo de cada Método de Planificación Familiar en el MSP	13
Tabla 10. Escenario alternativo de gasto en métodos de planificación familiar basado en el índice de beneficio – costo de cada método (Gastos y Beneficios, en miles de quetzales de 2005)..	13

FIGURAS

Fig. 1 Guatemala, 1975 – 2025. Población total por grupos de edad, en millones de habitantes	5
Fig. 2 Guatemala, 1975 – 2025. Cambios en la composición de la mortalidad por grupos de edad	5
Fig. 3 Los métodos de planificación familiar con más usuarias en el MSP.	7
Fig. 4 Porcentaje de Usuarias que Reciben Métodos para Espaciar (Condomes, inyectables, orales, MELA y días fijos) del total de usuarias del MSPAS	7
Fig. 5 Métodos con menor porcentaje de usuarias en el MSP	8
Fig. 6 Unidades de Depoprovera aplicadas por Departamento, clasificadas con líneas de promedio y desviaciones estándar	8
Fig. 7 Métodos de planificación familiar que generan más años de protección pareja en el MSP	9
Fig. 8 Evolución del número de embarazos evitados con los servicios de planificación familiar del MSP.	10

Del estudio se derivan algunas implicaciones de política para mejorar el impacto de las intervenciones y a la vez obtener los mayores beneficios institucionales. Es importante mejorar la mezcla de métodos, para elevar el índice de beneficio costo. Debe mejorarse la segmentación de usuarios, para atender a la población con mayor riesgo biológico y mayor vulnerabilidad social. Para cerrar las brechas, es necesario fortalecer la oferta sistemática de consejería en planificación familiar y de toda la gama de métodos anticonceptivos disponibles en la red de servicios del MSPAS.

ABREVIATURAS Y SIGLAS

MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
PF	Planificación Familiar
DIU	Dispositivo Intrauterino
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
PHR	Partnership for Health Reform
ONG	Organización No Gubernamental
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía
INE	Instituto Nacional de Estadística
POA	Programa Operativo Anual
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
ENCOVI	Encuesta de Condiciones de Vida
ICEFI	Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales
UPE	Unidad de Planificación Estratégica
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
FNUAP	Fondo de Naciones Unidas para Población
OMS	Organización Mundial de la Salud
APP	Años Protección Pareja
MELA	Método de Lactancia Amenorrea
DTP	Vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina
BCG	Vacuna contra la Meningitis Tuberculosa
EDA	Enfermedad Diarréica Aguda
IRA	Infección Respiratoria Aguda

COSTO BENEFICIO DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA EL MINISTERIO DE SALUD EN GUATEMALA

INFORME FINAL

Ricardo Valladares, Luigi Jaramillo

I. INTRODUCCIÓN

Los estudios más recientes sobre la dinámica demográfica mundial han demostrado que el descenso de la fertilidad está más asociado a cambios en el ingreso nacional, y específicamente al nivel de desarrollo socioeconómico, que al efecto de los programas de planificación familiar (Bongaarts 2003 “The Role of Family Planning in Contemporary Fertility Transition”). Sin embargo, existe también un conjunto de países cuyas condiciones generan un tipo pernicioso de “trampa de la pobreza”, donde las condiciones de desigualdad están institucionalizadas,

los fenómenos de rápido crecimiento en las poblaciones más vulnerables del país. Mientras la fecundidad en el área urbana es de 3.4 hijos, en el área rural en donde se encuentra la mayoría de la gente pobre del país, la fecundidad es de 5.2 hijos en promedio (ENSMI 2002).

En parte, las diferencias en el impacto se deben a que los servicios públicos de planificación familiar carecen de foco en la población con mayor necesidad y con mayores riesgos pre-concepcionales. El análisis de la segmentación de servicios de planificación familiar ha mostrado menor atención a las zonas rurales, indígenas y

... análisis recientes del proceso demográfico muestran una polarización de los fenómenos de rápido crecimiento en las poblaciones más vulnerables del país.

el acceso a educación y la integración del mundo rural, se confrontan con un crecimiento rápido de la población más pobre, haciendo poco probable que ocurran cambios en el corto plazo. En más de cien de los países más pobres del mundo, el crecimiento poblacional ha superado el crecimiento económico resultando en una disminución en los estándares de vida (World Population Prospects 2002, United Nations).

En Guatemala, por ejemplo, durante la última década ocurrieron importantes mejoras en la dotación de servicios de planificación familiar, y en consecuencia hubo cambios en la tasa de fertilidad total. Sin embargo, análisis recientes del proceso demográfico muestran una polarización de

con alta mortalidad materna e infantil. De hecho, la existencia de una demanda insatisfecha indica la posibilidad de ampliar la escala de servicios públicos de planificación familiar.

Las limitaciones principales para aumentar esa escala de servicios fueron superadas recientemente. Desde el punto de vista jurídico, es obligación del Estado asegurar el acceso universal y equitativo a servicios de planificación familiar. Desde el punto de vista financiero, la ley del impuesto sobre bebidas alcohólicas genera recursos con destinación específica para salud reproductiva y, específicamente, servicios de planificación familiar, por un 15% de la recaudación, lo cual equivale a cerca de US\$ 8 millones anuales.

II. RESUMEN EJECUTIVO

Es importante demostrar que el aumento de cobertura de la planificación familiar produce beneficios sociales a largo plazo pero también beneficios económicos institucionales de corto plazo. Al impactar en la fertilidad de su población usuaria, se reduce la presión sobre el Ministerio de Salud Pública (MSP) para financiar y prestar servicios de salud preventiva y curativa de mujeres embarazadas, recién nacidos y menores de un año de edad. La pregunta es, en términos económicos, ¿compensan esos ahorros la inversión del MSP en planificación familiar?

Este documento contiene los resultados del análisis efectuado para determinar el costo-beneficio de la planificación familiar en Guatemala, durante el período 2002 - 2007. Fueron incluidos los costos directos de la prestación de servicios, incluyendo la consejería y los insumos anticonceptivos. La cantidad de servicios prestados fue transformada, utilizando parámetros aceptados, primero a número de años de protección pareja (APP), y luego a número de embarazos evitados. De esta forma se obtuvo un valor unificado de costo por embarazo evitado.

Los beneficios fueron estimados a partir del conjunto de servicios prestados durante los procesos gestacionales, incluyendo atención prenatal, atención post-aborto, atención del parto, atención del puerperio y del neonato, y atención del niño menor de un año. Algunos

de estos costos están registrados en el análisis realizado por PHR+ (Bitran 2006, "Modelo de Costo para Estimar el Financiamiento para Alcanzar las Metas del Milenio en Salud Materno Infantil") para estimar los requerimientos financieros para alcanzar las metas del milenio. Otros fueron tomados del costo por caso establecido en los ejercicios de formulación de presupuesto técnico, conocidos como programa operativo anual (POA). Finalmente, algunos costos, especialmente de insumos anticonceptivos, fueron obtenidos a partir de los estudios de disponibilidad asegurada de anticonceptivos realizados por DELIVER (Deliver Project, "Regulatory Harmonization in Central America").

Los resultados indican que el MSPAS ahorra Q14.35 por cada quetzal invertido en planificación familiar. Durante el período de estudio, se incurrió en un costo de Q 66 millones para producir 1,993 mil años de protección pareja, que representan 663 mil embarazos evitados, y por tanto, un ahorro acumulado en el período de 956.8 millones.

Estos resultados podrían mejorarse considerablemente adoptando algunos cambios en el programa de planificación familiar del MSPAS:

- a) Ajustar mejor la mezcla de métodos a las necesidades de limitar o espaciar de los y las usuarias. En la medida que la necesidad de limitar se resuelve a las usuarias con métodos de abastecimiento periódico más caros, se reduce el índice de costo beneficio obtenido por el programa. El aumento de métodos como DIU o AQV Femenina produce un escenario alternativo donde el índice de beneficio costo es de Q30.00 por quetzal invertido y un ahorro total de 2 mil millones de quetzales.
- b) Segmentar mejor la oferta de métodos hacia poblaciones sin acceso, orientándose al segmento de usuarios y usuarias que carecen de proveedor alternativo de servicios y por tanto no tienen a quién recurrir si no están

presentes los servicios del MSP. Cuando los usuarios cubiertos con fondos públicos también tienen capacidad de acceso a servicios privados, de ONG y del IGSS, se pierde el carácter subsidiario de tales servicios y el impacto efectivo sobre la fertilidad se reduce.

- c) Mejorar la efectividad de la consejería, para reducir el temor, los conflictos de conciencia y las ideas erróneas que impiden a las usuarias que no desean más hijos o no los desean pronto el uso de servicios de planificación familiar.
- d) La implicación más importante del estudio es que se deben utilizar los recursos del impuesto sobre alimentos y bebidas para cerrar drásticamente la brecha de demanda insatisfecha de planificación familiar, que ha incrementado a un 27%. De esa forma se puede ampliar los beneficios obtenidos por el MSPAS y a la vez impactar sobre la mortalidad materna e infantil.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.1 OBJETIVO GENERAL

Estimar el costo beneficio del programa de planificación familiar del Ministerio de Salud Pública de Guatemala y su contribución al alcance de las metas del milenio, para demostrar que la planificación familiar es una estrategia costo beneficiosa para la institución y además genera un impacto socio-económico para el Ministerio de Salud y para el país

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA PRIMERA FASE

- Estimar los gastos de la prestación de servicios de planificación familiar en el Ministerio de Salud, incluyendo consejería, entrega de métodos anticonceptivos, logística de anticonceptivos y procedimientos quirúrgicos.

- Estimar los gastos de atención a embarazadas y neonatos; incluyendo atención prenatal, del parto y el puerperio, complicaciones obstétricas, abortos y afecciones perinatales.
- Estimar el número de embarazos evitados teniendo en cuenta las tasas de efectividad por método y las tasas de abandono, y su impacto en la fecundidad.

3. MÉTODO

3.1 ANTECEDENTES METODOLÓGICOS

La aplicación de las herramientas de análisis que proporciona la economía a los problemas de selección de cursos de acción y asignación de recursos a tecnologías de salud emplea diversas técnicas de evaluación económica.

El análisis de efectividad por unidad de costo, o costo-efectividad, compara los efectos de dos o más intervenciones y sus respectivos costos, para determinar cuál tiene mejores resultados por unidad de costo, en términos de los efectos en unidades naturales, como años de sobrevivencia, libras de peso perdidas, grado de movilidad alcanzado, etc.

El análisis de utilidades por unidad de costo, o costo-utilidad, es una comparación similar, solamente que en este caso puede tratarse de problemas muy diferentes, cuyas unidades naturales de medición son distintas. Por ejemplo, al comparar entre una mejor señalización de carreteras y la promoción de actividad física en los adultos jóvenes, se necesita una unidad común de medida de la utilidad (o efecto positivo) de las intervenciones. Los años de vida ajustados por calidad y los años de vida ajustados por discapacidad son medidas de estandarización que permiten jerarquizar por utilidades y comparar las consecuencias de las medidas de salud pública en relación con sus costos.

El análisis de beneficios por unidad de costo, o costo-beneficio, utiliza las

Ilustración I. Enfoque de análisis de costo beneficio en el estudio del programa de planificación familiar del Instituto Mexicano de Seguridad Social

unidades monetarias como medida común de comparación entre las situaciones o intervenciones; en otras palabras, intenta medir las implicaciones financieras de las intervenciones, no solo los egresos sino los beneficios, sea como incremento en ingresos o como reducción de otros gastos, desperdicios o esfuerzos.

En el estudio de la planificación familiar se puede comparar el efecto en términos del número de nacimientos, con y sin participación del programa. Los costos de funcionamiento del programa, incluyendo la adquisición y distribución de insumos anticonceptivos, los costos de la consejería y de los procedimientos involucrados, se comparan con los beneficios en términos económicos. Para establecer los beneficios, se debe traducir el efecto de nacimientos evitados en unidades monetarias. Algunos estudios pioneros, como los que se describen a continuación, resolvieron este problema investigando los gastos que hubieran representado para el sector público los nacimientos evitados.

3.2 PROCEDIMIENTOS DE LA ESTIMACIÓN

3.2.1 El análisis de costo-efectividad de la planificación familiar

En 1972, Wan Fook Kee y Quah Siam Tee publicaron los resultados del “análisis costo – efecto” del programa de planificación familiar de Singapur, con datos de 1967 a 1970.¹ Para calcular los costos tomaron en consideración los materiales y servicios necesarios para proveer una hora de consulta de planificación familiar. No incluyeron costos de capital ni depreciación. El costo fue calculado como el cociente de los gastos del programa entre las horas de consulta de planificación familiar, y arrojó un promedio de 28.04 dólares de Singapur.

El efecto del programa se midió en el número de nacimientos evitados. Para determinarlo utilizaron como punto de partida el número de nacimientos que

$$CB = \frac{\text{Número de embarazos evitados por el programa de planificación familiar}}{\text{Beneficios}}$$

Beneficios

- Costo de atención de aborto incompleto
- Costo de atención de embarazada y puerperá
- Costo de atención infantil

Costos

- Costo de provisión de servicios de planificación familiar

Fuente: Elaboración del autor con base en Nortman, D. et al. (1986) *Op cit*, pp

ocurrirían en 100 años-mujer si no se utilizaran anticonceptivos, aplicando el límite teórico del año en que hubo más nacimientos (62 mil en 1958). Esto dio 31 nacimientos en 100 años-mujer, que es la cantidad de nacimientos evitados si los anticonceptivos fueran 100% efectivos. Se asumió la efectividad de los métodos así: oral, 100%; condón, 85%; DIU, 98%; otros, 75%. El número de años-mujer de protección entregados se multiplicó por la efectividad del método, para tener un número ajustado por efectividad, y éste multiplicado por 0.31 dio el número de nacimientos evitados.

En 1973, Trinidad Osteria publicó su estudio de costo-efectividad de la planificación familiar en Filipinas.² El estudio pretendía ofrecer un valor de costo por unidad de producto generado por el programa de planificación familiar. Además del costo por unidad de producto (año de protección pareja) también era importante estimar el costo por unidad de efecto (nacimientos evitados).

En su análisis calculó los costos del programa, investigó la evolución del número de usuarias nuevas y estimó el costo por usuaria. Para convertir el número de usuarias en años de protección pareja, utilizó las tasas de continuación del método; la probabilidad de continuación en los dos años siguientes a la aceptación fue calculada como la raíz vigésimo cuarta de la tasa de continuación, y extrapolada para el número promedio de años fértiles que le quedaban a cada usuaria. Agregando estos factores, y

multiplicándolos por el número de usuarias, se obtuvieron los años de protección pareja.

La traducción de años de protección pareja a nacimientos se basó en el supuesto de que las usuarias tienen el mismo nivel de fertilidad que el de la población en general, tal como fue registrado en la encuesta de demografía de 1968. De acuerdo con la encuesta, tomaría tres años de protección pareja evitar un embarazo, así que el costo de un nacimiento evitado sería tres veces el costo de un año de protección pareja.

3.2.2 Costo beneficio de la planificación familiar

En 1986, la revista *Studies in Family Planning* publicó el análisis de costo beneficio del programa de planificación familiar del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) realizado por Dorothy Nortman, Jorge Halvas y Dora Rabago.³ Este estudio sostuvo la hipótesis de que los servicios de planificación familiar le reportaban ahorros al IMSS, al reducir la carga de servicios materno infantiles.

El análisis cubrió el período de 1972 a 1985, incluyendo: a) costos anuales de provisión de anticonceptivos a los usuarios del IMSS; b) cálculo del número de nacimientos evitados a partir del número de aceptantes, a partir del modelo CONVERSE, que permite un retardo de 9 meses entre la aceptación de método y el nacimiento evitado; c) una estimación basada en datos empíricos

¹ KEE, W F y Q S Tee. Singapore: A Cost-Effect Analysis of a Family Planning Program. *Studies in Family Planning*, Vol 3 (1), Jan. 1972.

² OSTERIA, T. A Cost-Effectiveness Analysis of Family Planning in the Philippines. *Studies in Family Planning*, Vol. 4, No. 7 (July, 1973), pp 191-195.

³ NORTMAN, D., J Halvas y D Rabago. A Cost-Benefit Analysis of the Mexican Social Security Administration's Family Planning Program. *Studies in Family Planning*, Vol. 17, No. 1. (Jan. - Feb., 1986), pp. 1-6.

sobre el número evitado de tratamientos de abortos incompletos; d) una serie del gasto anual del IMSS en mujeres embarazadas y puérperas, abortos incompletos tratados y niños atendidos durante el primer año de vida.

Los incisos a y b sirvieron para analizar el costo por nacimiento evitado, en tanto que los incisos b-d permitieron calcular los beneficios, como una serie de gastos que se hubiera tenido que hacer de no haberse producido la protección que permitió evitar los nacimientos (Ilustración 1).

Los resultados muestran que por cada peso invertido por el programa de planificación familiar del IMSS (en pesos constantes de 1983), se tuvo un ahorro de 9 pesos; esta proporción varió en el tiempo; fue ligeramente menor a un peso de beneficio por peso invertido en los primeros tres años, y de 11 pesos de beneficio por peso invertido en los últimos tres.

Este mismo enfoque fue aplicado en el análisis de beneficio costo de la planificación familiar en el IGSS. Los resultados indican que por cada dólar invertido en el programa, el IGSS ahorró seis dólares en atenciones maternas e infantiles.⁴

3.3 DELIMITACIONES

Después de precisar el marco conceptual y metodológico del estudio de beneficio costo de la planificación familiar, es conveniente informar de los límites conceptuales, temporales y geográficos aplicados a la presente estimación.

3.3.1 Delimitación conceptual

- Costo beneficio institucional; el estudio refleja los beneficios que la inversión en planificación familiar representa para el Ministerio de Salud exclusivamente.
- Costos directos de la planificación familiar. El estudio no contempla los gastos de los usuarios en la búsqueda

de servicios de planificación familiar, ni se computan beneficios a nivel de familia, en esta etapa de la investigación. Como se trata de los beneficios institucionales, se toman únicamente los costos directos de la provisión de servicios de planificación familiar.

3.3.2 Delimitación espacial

- El estudio tiene validez a nivel de país. No se hacen distinciones geográficas internas en función de la división político administrativa o áreas de salud.

3.3.3 Delimitación temporal

- El año base coincide con la última encuesta de salud materno infantil, realizada en 2002. De esta manera se cuenta con informaciones oficiales sobre estructura demográfica, tasas de fecundidad, de mortalidad infantil, de uso de anticonceptivos, mezcla de métodos y otras informaciones relevantes para la estimación.

Fuente	Año	Indicador	Ajustes
SIGSA/MSP	2002-07	Servicios PF	Conversión a número de embarazos evitados
ENSMI	2002	Determinantes de la fertilidad	Empalme con tendencias quinquenales de CELADE
PEC/MSP	2007	Salarios del personal de salud	Ajuste por inflación para la serie histórica 2002-2007
ENCOVI	2002	Distribución de la pobreza por regiones del país	Ninguno.
USAID PHR+	2006	Costos de atención materna e infantil	Ajuste por inflación a la serie histórica 2002-2007
USAID DELIVER	2007	Costos de insumos anticonceptivos	Ajuste por inflación a la serie histórica 2002-2007. Estimación y suma de costos de consejería.
USAID AED ICEFI	2006	Costos de la educación primaria y básica	Ajuste por inflación a la serie histórica 2002-2007.
UPE/MSP	2007	Costos de atención de enfermedades de la infancia	Ajuste por inflación a la serie histórica 2002-2007
CNE/MSP	2005	Número de atenciones prestadas a madres y niños 2002-2006	Ninguno.
Kestler, R et al. Aborto en Guatemala.	2005	Incidencia de aborto, atenciones post-aborto y mortalidad relativa al aborto	Extrapolación a los otros años de la serie con base en la proporción de embarazos que terminan en aborto.

⁴ VALLADARES, R. Costo Beneficio de la Planificación Familiar en el IGSS. Informe de Consultoría de GSD Consultores Asociados, presentado a AVSC / IGSS. Guatemala, 2000.

- La serie se prolonga hasta 2007, para los datos disponibles. En casos donde no existen cifras confirmadas se utilizó el último año con cifra oficial publicada.

3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

Los datos utilizados incluyen proyecciones de población de CELADE e INE, estadísticas de usuarios de planificación familiar y servicios materno infantiles del MSP, análisis de costos maternos e infantiles de PHR+ y de costos de planificación familiar de los estudios de cuentas nacionales de salud, estudio de PHR+ sobre requerimientos para cumplir las metas del milenio y los cálculos del POA 2007.

4 RESULTADOS

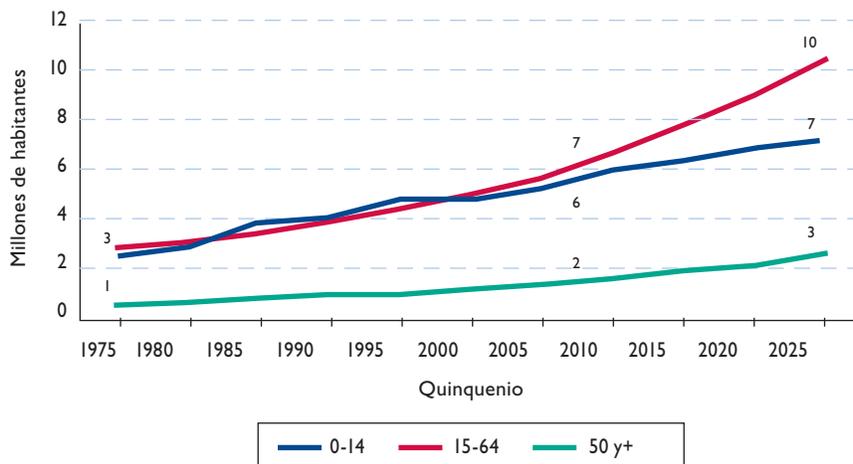
4.1 LASTENDENCIAS DEMOGRÁFICAS EN GUATEMALA

Hacia el año 2010 la población guatemalteca será de quince millones de habitantes. A partir de ese momento, se empezará a acelerar el crecimiento de la población entre 15 y 49 años de edad, y con un ritmo más moderado, se incrementará la población de 50 años y más de edad. Los menores de 15 años crecerán lentamente, con un millón de habitantes en ese grupo de edad entre 2010 y 2015 (Fig. 1). Para entonces, Guatemala contará con un total de veinte millones de habitantes.

Estos cambios son el resultado acumulado y combinado de dos diferentes procesos. Uno es la reducción de la fecundidad, que en 1975 era de poco más de seis hijos por mujer; para el 2002 está en cuatro hijos por mujer y para el 2005 habrá llegado a 3 hijos por mujer, todavía por encima de la tasa de reemplazo de 2 hijos por mujer.

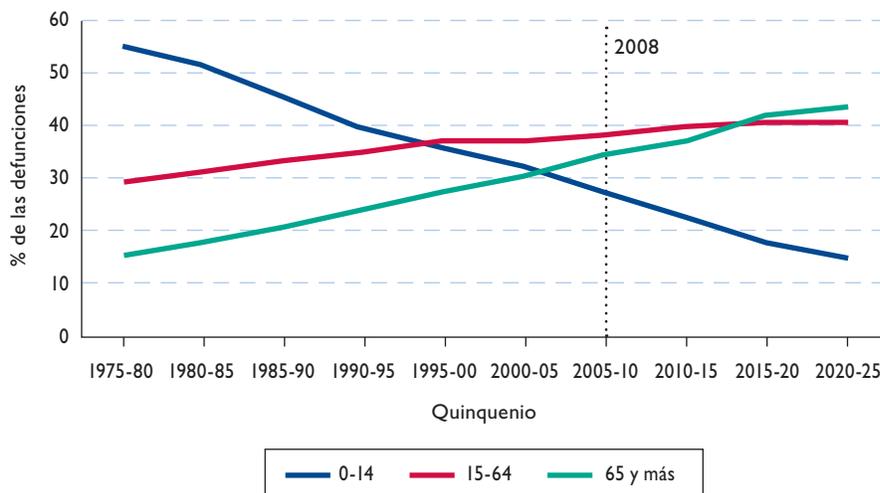
El segundo proceso es la reducción de la mortalidad en el grupo de 0 a 14 años de edad. En 1975, el 55% de las defunciones que ocurrían en un año afectaban a menores de 15 años. Actualmente el porcentaje es de 28%, inferior al

Fig. 1 Guatemala, 1975 – 2025. Población total por grupos de edad, en millones de habitantes



Fuente: Elaboración del autor, con base en CELADE (2006) Guatemala: proyecciones demográficas de población total 1950 – 2050.

Fig. 2 Guatemala, 1975 – 2025. Cambios en la composición de la mortalidad por grupos de edad



porcentaje de muertes entre 15 y 64 años (38%) y también al de 65 años y más de edad (34%). Como se muestra en la gráfica, esta transición en la mortalidad inició en 1995 y se habrá consolidado en 2015, cuando los menores de 15 años aporten menos del 20% del total de defunciones anuales.

El impacto combinado de ambos procesos consiste en el rezago de la transición demográfica para el país. La población sigue creciendo porque la fecundidad todavía es muy alta y la mortalidad en los más jóvenes está descendiendo rápidamente. El completar la transición demográfica

trae como consecuencia que la población en edad productiva represente el mayor porcentaje de la población, con lo cual quienes dependen del ingreso de los trabajadores son menos que quienes están produciendo ese ingreso (razón de dependencia). La transición demográfica termina cuando la natalidad y la mortalidad son iguales, alcanzando una estabilización de la población. Ese período es crítico para el desarrollo de los países. Sin embargo, algunos países muestran un rezago en la transición demográfica, la cual les impedirá aprovechar las oportunidades socio económicas relacionadas con una menor razón de dependencia (Luigi

Jaramillo, Planificación Familiar 1996–2006, Un estudio comparativo de los logros obtenidos por los programas de planificación familiar a nivel mundial con el de Guatemala).

Como agravante de la situación, la fecundidad es diferente de acuerdo con el estrato socioeconómico del hogar. Los hogares con menores ingresos son también aquellos que poseen más miembros, y menores perceptores de ingresos, con ingresos más bajos. Así, la fecundidad comparativamente mayor de los estratos más pobres agrava la situación de carencia de ingresos, limita las oportunidades de acceso a la escuela y a servicios de salud y genera una trampa de la pobreza que traslada estas condiciones de una generación a las siguientes. Aproximadamente 83 millones de personas se suman a la población mundial cada año, la mayoría de estos, provienen de países pobres en vías de desarrollo (World Population Prospects 2002, United Nations).

Así, por mucho que las tendencias demográficas muestren un descenso de la fecundidad, se requieren intervenciones focalizadas en la población rural, indígena y de menores ingresos, para satisfacer en estos grupos la demanda insatisfecha de planificación familiar.

4.2 EL MARCO LEGAL, INSTITUCIONAL Y FINANCIERO DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El MSP establece las normas técnicas nacionales de salud reproductiva, es el principal proveedor de servicios de planificación familiar en el país, y traslada recursos a las ONGs de extensión de cobertura de servicios, entre ellos, la planificación familiar.⁵ En años recientes,

la mezcla de fondos nacionales y externos para planificación familiar ha variado en el MSP, debido a la reducción progresiva de fondos externos y la asignación de recursos específicos para salud reproductiva. El cambio es positivo en para la sostenibilidad del programa, siempre sujeto a la voluntad, los compromisos y las directrices políticas de los gobiernos de turno.

El mantenimiento de un programa de planificación familiar de alcance nacional y en rápido crecimiento implica una fuerte inversión. Durante años, el MSP se ha beneficiado de los aportes técnicos y financieros del Fondo de Naciones Unidas para Acciones de Población (FNUAP) y de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), en apoyo a la gestión del programa y la adquisición de insumos anticonceptivos.

En el período 1995 – 2005, el número de años de protección anticonceptiva entregados por el Programa Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS se cuadruplicó, de 82 mil a 358 mil. El crecimiento se aceleró a partir del 2000, coincidente con la disminución de las donaciones de insumos anticonceptivos de USAID. Para el 2005, las donaciones de USAID se habían reducido al 10.6% de los USD 1,3 millones recibidos en el 2000.⁶

La brecha de financiamiento se empezó a cerrar a partir de 2002 con financiamiento de cooperación canadiense canalizado a través de FNUAP. El aporte del MSP en este convenio fue del 5% en 2002, 10% en 2003 y en 2004 habría alcanzado 30% del total. El propósito de este arreglo era que el MSP asumiera en forma progresiva el financiamiento de los insumos anticonceptivos para asegurar la sostenibilidad del programa de planificación familiar.⁷

En julio del 2004 fue promulgado el decreto No. 21-2004, Ley del Impuesto sobre Bebidas Alcohólicas, Destiladas, Cervezas y otras Bebidas Fermentadas. El artículo 25 de la ley establece que: “De los recursos recaudados por la aplicación del presente impuesto se destinará un mínimo de quince por ciento (15%) para programas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y alcoholismo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dicho destino no será susceptible de asignarse a otro fin ni a transferencia presupuestaria alguna”. El mismo decreto indica como inicio de su vigencia el día siguiente a su publicación en el diario oficial.⁸

Un año después, el Congreso emitió el decreto 87-2005, Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Por medio de este decreto el Estado hace recaer sobre el sistema de servicios de salud del país, integrado por establecimientos públicos y privados, el mandato de promover el acceso universal a servicios de planificación familiar. Las acciones incluyen educación para el cambio de comportamiento, reducción de barreras geográficas y funcionales a servicios de planificación familiar; aseguramiento de la provisión de métodos modernos y la creación de una partida específica de presupuesto para garantizar la adquisición de insumos anticonceptivos.⁹

El proceso de gestación y promulgación de esta ley removió la conflictividad política en torno al uso de métodos modernos para la planificación familiar, y la reacción de las autoridades de la iglesia católica, quienes llamaron desde el altar a la desobediencia ciudadana, y compararon los insumos anticonceptivos

⁵ Valladares, R y L Jaramillo (2006). Segmentación del mercado de servicios de planificación familiar en Guatemala. USAID | Calidad en Salud. Nota técnica, septiembre 2006.

⁶ Abramson, W; A Sánchez, y N Olson (2006). Diagnóstico de la disponibilidad asegurada de anticonceptivos en Guatemala: Fortalezas y Retos de los Servicios de Planificación Familiar en Guatemala. USAID | DELIVER.

⁷ Taylor P et al. (2004) Contraceptive Security in Latin America and the Caribbean: Regional Report. DELIVER / POLICY II – USAID.

⁸ GUATEMALA. Decreto 21-2004. Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas, Destiladas, Cervezas y otras Bebidas Fermentadas. Congreso de la República de Guatemala, 8 de julio de 2004.

⁹ GUATEMALA. Decreto 85-2005. Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Congreso de la República de Guatemala, 16 de noviembre de 2005.

con proyectiles de arma de fuego.¹⁰ El presidente de la república vetó la ley, impidiendo su promulgación, ante lo cual diversas organizaciones sociales y el propio congreso de la república expresaron su rechazo. La norma fue confirmada por la Corte de Constitucionalidad, más de seis meses más tarde, el seis de junio de 2006.¹¹

En conclusión, en Guatemala, el marco jurídico le otorga el carácter de derecho ciudadano a la libre elección del número de hijos que se desea tener, y obliga al estado a eliminar las barreras de acceso a la planificación familiar. Define el control de la natalidad como estrategia para el desarrollo social y provee un origen fiscal de financiamiento público con destino específico hacia la salud reproductiva, incluida la planificación familiar. Este es un gran progreso en la legislación, y crea oportunidades para mejorar el desempeño del estado, y del MSP en particular, en el cumplimiento de la ley.

Sin embargo, el tema es políticamente sensible, y sujeto a vaivenes derivados de los cambios de gobierno. Ni el marco jurídico ni la previsión financiera pueden garantizar una posición política favorable para la planificación familiar.

4.3 LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL MSPAS

Cada día nacen 1,000 niños en Guatemala. De acuerdo con la tabla de supervivencia para 2005-2009, alrededor de 961 de estos niños cumplirán cinco años de edad.¹² Desde la gestación y hasta finalizar ese período, los nuevos habitantes demandarán recursos públicos para atenciones de salud, y a partir de entonces, también demandarán recursos para su educación. Después necesitarán empleo, vivienda, seguridad, pública, recreación.

Un tercio de estos son nacimientos no deseados, de acuerdo con la ENSMI

Fig. 3 Los métodos de planificación familiar con más usuarias en el MSP

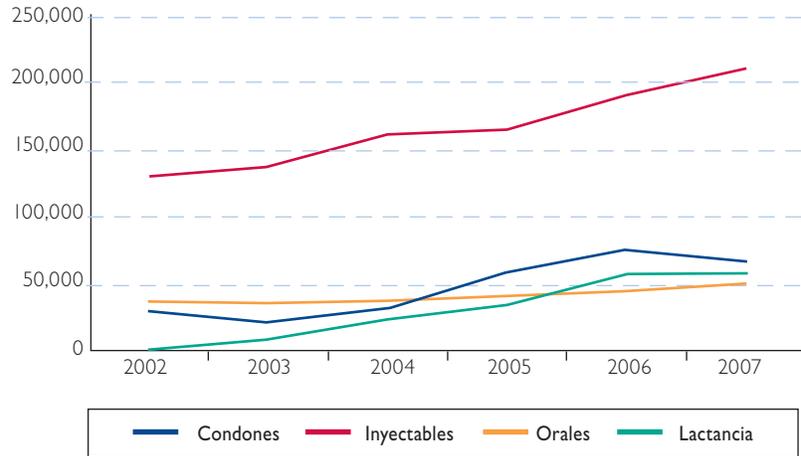
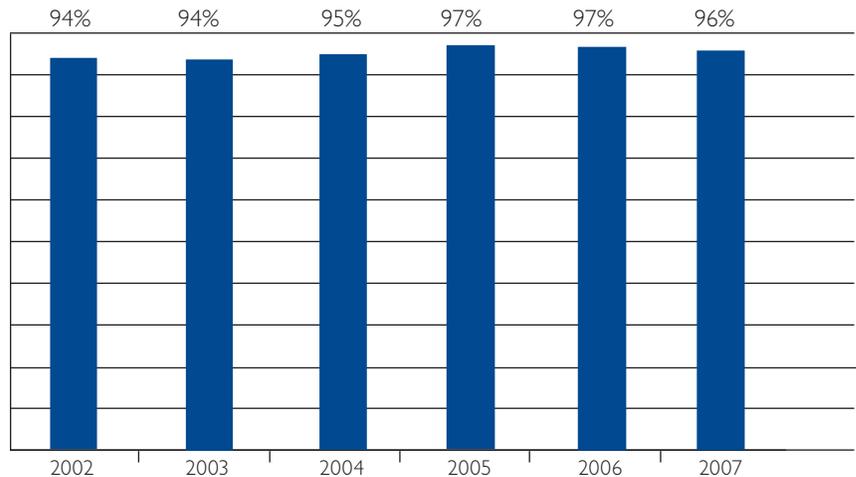


Fig. 4 Porcentaje de Usuarias que Reciben Métodos para Espaciar (Condomes, inyectables, orales, MELA y días fijos) del total de usuarias del MSPAS



2002; por una parte, el 23.5% de las mujeres deseaban otro hijo, pero más tarde; y el 10.8% ya no deseaban más hijos. Trescientos cuarenta y tres de los mil nacimientos diarios no son deseados y, en consecuencia, cada año hay más de 125 mil nacimientos que hubieran podido evitarse.

Con un mayor apoyo político y financiero del gobierno, el MSP puede cerrar la brecha de la demanda insatisfecha de planificación familiar; a frenar la dinámica demográfica y reducir la presión de ésta sobre el presupuesto público.

4.3.1 Métodos de planificación familiar en el MSP

El MSP es el principal proveedor de servicios de planificación familiar en el país, y en los últimos años ha incrementado en forma notable el número de usuarios y usuarias atendidas. El número se duplicó entre 2002 y 2007, pasando de 213 mil a 404 mil usuarias, con un auge que principió a partir del año 2004. Sin embargo, aunque gran parte de las usuarias no desea más hijos, el 95% de ellas recibe métodos para espaciar, de abastecimiento periódico y que dan protección a corto plazo.

¹⁰ Alvarado, C. (2005) Iglesia tomaría medidas si Ley de Planificación Familiar cobra vigencia. El Periódico, Actualidad: Nacionales. 21 de Noviembre de 2005.

¹¹ Pérez, S. (2006) CC deja vigente la Ley de Planificación. Prensa Libre, edición del 7 de junio de 2006.

¹² CELADE (2005). Guatemala: Tablas Abreviadas de Mortalidad, 2005-2010. En: Boletín Demográfico No. 74. América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

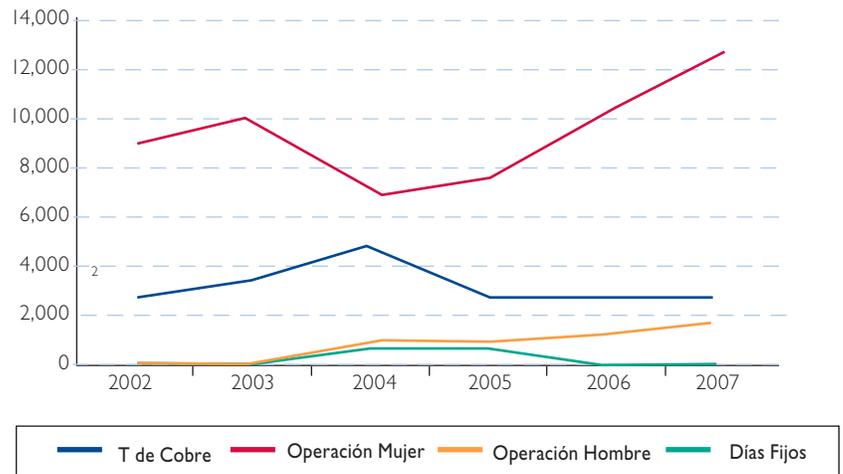
El 95% que desean limitar pero que no reciben métodos permanentes corresponde a 2007, cuando los condones, los inyectables, los orales y la lactancia como métodos de planificación sumaron 387,302 usuarias, de un total de 404,880. Si sumamos el método de días fijos, la proporción de usuarias que recibe métodos para espaciar es del 96%. La gráfica representa el comportamiento de este indicador. La lectura por complemento es que solamente entre un 3% y un 6% de las usuarias y usuarios del MSPAS ha recibido métodos de protección duradera (T de cobre, operación del hombre y de la mujer) que sirvan para limitar los embarazos.

Es verdad que en los últimos años han aumentado las inserciones de DIU y AQV femeninas, sin embargo, en una escala de usuarias mucho menor que los otros métodos, como se aprecia en la Fig. 5.

Como muestra la Fig. 3, las inyecciones de Depoprovera constituyen el método más utilizado, y en 2007 recurrieron a este método más de 200,000 usuarias. Interesante además es que casi 532 mil

de las 862 mil unidades aplicadas de Depoprovera (61%) se concentran en 8 de los 22 departamentos del país: Guatemala, San Marcos, Huehuetenango, Alta Verapaz, Escuintla, Quiché, Quetzaltenango y Petén. El método provee tres meses de protección, sin señales visibles de uso ofreciendo privacidad, a mujeres que enfrentarían oposición si intentaran utilizar otro método de planificación familiar.

Fig. 5 Métodos con menos usuarias en el MSP



4.3.2 Años de Protección Pareja entregados por el MSP

Los años de protección pareja constituyen una unidad de medida construida para integrar los servicios prestados con métodos anticonceptivos muy diversos, por ejemplo, los condones y los DIU. Lo que ambos métodos tienen en común es que protegen a las parejas de embarazos no deseados durante cierto período. En el caso de los condones, se ha estimado

Fig. 6 Unidades de Depoprovera aplicadas por Departamento, clasificadas con líneas de promedio y desviaciones estándar

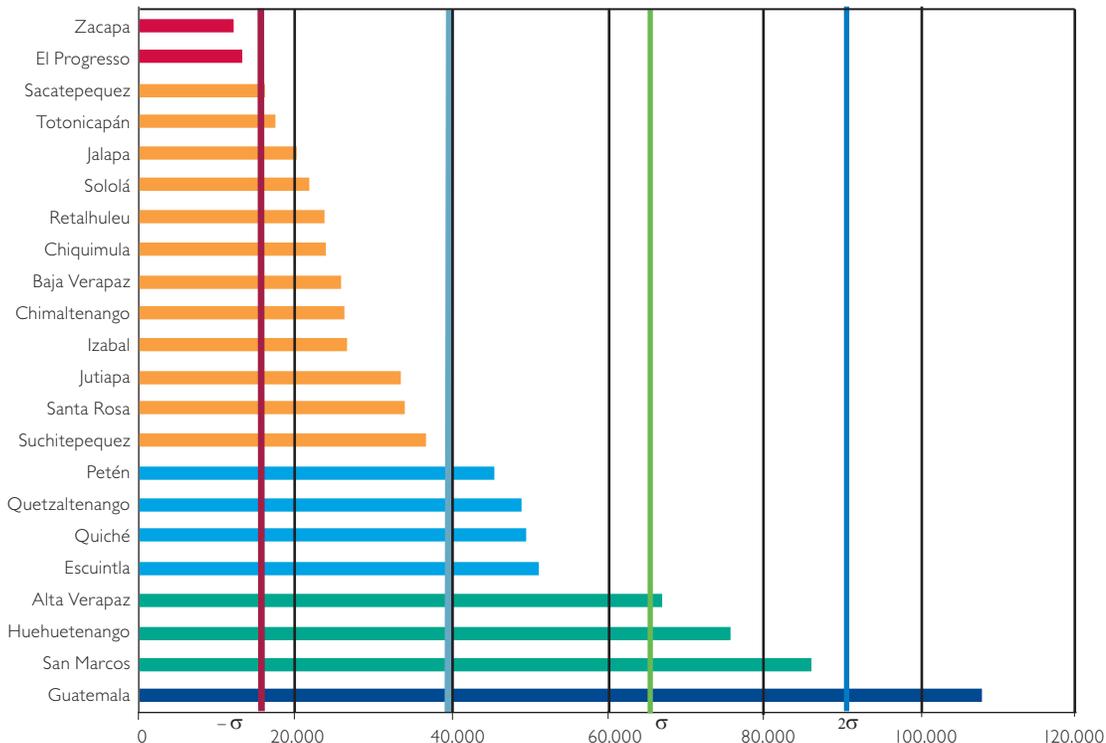


Tabla 1. Parámetros utilizados en este estudio para calcular el número de años de protección pareja (APP) generados con los servicios de planificación familiar del MSP

Método	Atributo	Factor de Conversión APP
Condón	Condomes por APP	120
AQV-Femenia	APPs generados por una AQV Femenina	10
Inyección	Inyecciones por APP	4
DIU	APPs generados por un DIU	3.5
AQV-Masculina	APPs generados por una AQV masculina	10
Orales	Ciclos de píldoras por APP	15

en 120 el número de condones que se necesita para producir un año de protección. Un solo DIU produce tres años y medio de protección pareja.

Para convertir el consumo de métodos en años de protección pareja se utilizaron los parámetros publicados por OMS, Johns Hopkins y USAID en el “Manual Mundial para Proveedores de Planificación Familiar (2007)”, como presentan en la Tabla 1.

De acuerdo con los resultados, el número de años de protección pareja entregados por el MSP ha crecido rápidamente en los últimos seis años, pasando de 267 mil en 2002 a 429 mil en 2007. En ese año, el 80% de los APP se produjo con dos métodos: inyectables y AQV Femenina (Fig. 7).

Cabe destacar que los métodos que producen protección más duradera (DIU, AQV femenina y masculina) representaron el 4% de las usuarias pero el 33% de los APP. La operación del hombre empezó a producir más APP a partir de 2004 y 2005 pero se ha venido reduciendo desde entonces (Tabla 2).

4.3.3 Estimación de embarazos evitados

En la metodología de estimación de embarazos evitados se indica que, de acuerdo con los intervalos de fecundidad observada, se necesitan tres años (en este caso, años de protección pareja) para prevenir un nacimiento. Al aplicar este

Fig. 7 Métodos de planificación familiar que generan más años de protección pareja en el MSP

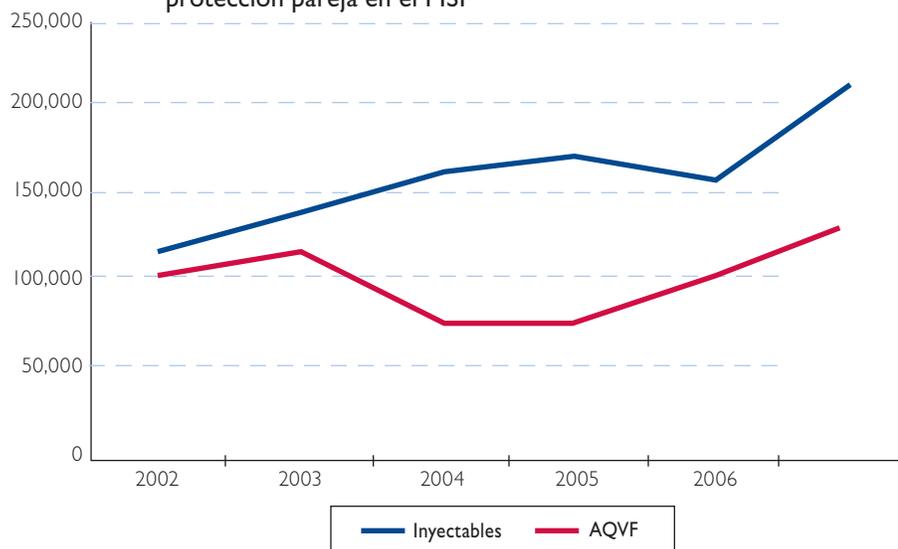
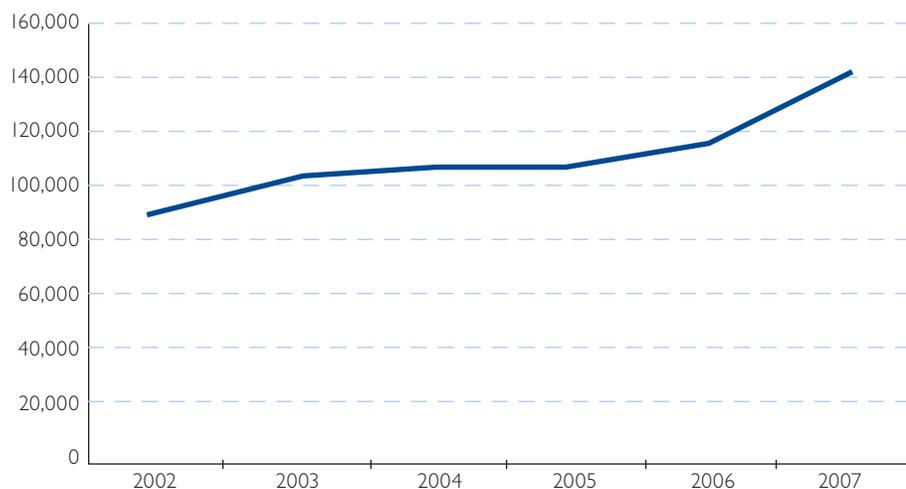


Tabla 2. Número de APPS generados en el MSPAS de 2002 a 2007 según método

Método	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Condomes	13,933	19,874	35,008	28,587	26,705	33,548
DIU	12,394	16,062	16,349	13,472	11,365	13,599
Inyectables	121,027	139,613	161,882	169,823	160,010	213,221
Orales	16,751	15,638	17,272	16,388	15,037	20,626
AQV-F	102,916	110,033	76,527	77,620	101,110	129,650
AQV-M	737	759	2,519	3,420	1,780	830
MELA	0	3,687	11,593	16,378	28,015	14,249
Días fijos	0	0	139	130	205	3,406
Total	267,757	305,665	321,288	325,307	344,226	429,128

Fig. 8 Evolución del número de embarazos evitados con los servicios de planificación familiar del MSP



parámetro a los años de protección pareja generados por el MSPAS entre 2002 y 2007, se obtiene un total acumulado de 664 mil embarazos evitados (Fig. 8). El número de embarazos evitados por año llegó a 143 mil en 2007, más de 20 mil nacimientos evitados más que el año anterior.

La atención de las mujeres en unión que no desean más hijos o los desean más tarde y quieren utilizar anticonceptivos, pero actualmente no tienen acceso a planificación familiar es una tarea impostergable. Con base en datos de la ENSMI 2002, se ha estimado que dos de cada cinco mujeres sexualmente activas no desean tener hijos pero no están

usando ningún método de planificación familiar; lo cual representa un total de 750 mil mujeres expuestas a embarazos no deseados.

Para cubrir en los siete años restantes para 2015 la demanda insatisfecha cuantificada en la ENSMI, sería necesario incrementar cada año en 107 mil el número de años de protección pareja. De acuerdo con este escenario de crecimiento de servicios, al final del plazo se habría evitado casi un millón de nacimientos. Considerando que en 2007 se produjeron 84,902 APP más que 2006, la meta de 107 mil APPS adicionales por año no es descabellada. Sin embargo este no es un escenario plausible si, como hasta ahora, la mayoría

de usuarias son atendidas con métodos de corta duración, abastecimiento periódico y poca congruencia con la necesidad de limitar los embarazos. Lo cual conduce al examen de los costos de los servicios de planificación familiar:

4.3.4 Estimación de costos de la planificación familiar

Los costos de entrega de servicios de planificación familiar están considerados en dos esquemas básicos: los de entrega del insumo y consejería, y los de consejería y realización de un procedimiento (Tabla 3).

De acuerdo con el número de métodos entregados y usuarios/as atendidos/as, se tienen costos anuales para los métodos de planificación familiar. Los datos están expresados en quetzales de 2005, para fines de comparación en la serie anual y para comparación con los beneficios. De acuerdo con la estimación, los métodos que generan mayor gasto son los inyectables, los condones y las píldoras (Tabla 4). Como puede apreciarse, el total de gasto inicia la serie en 7.8 millones de quetzales y concluye en 2007 con 14.3 millones, para un total de 66.7 millones de quetzales aproximadamente.

4.4 BENEFICIOS ECONÓMICOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El MSP obtiene retornos económicos inmediatos como consecuencia de sus inversiones en planificación familiar. Para demostrar esta convicción, es necesario cuantificar los servicios que se hubieran prestado a los nacimientos evitados, y estimar el costo total de esas intervenciones.

4.4.1 Estimación de los servicios no prestados

Los servicios incluidos aquí se agrupan en dos tipos: las atenciones maternas y las infantiles. Estas atenciones incluyen un paquete de intervenciones esenciales para el cumplimiento de las metas del milenio de la salud infantil y la materna, y todas ellas se prestaron en Guatemala y para las que existen valores de costos de recursos humanos, insumos, administración, y otros.

Tabla 3. Costos de los métodos de planificación familiar por Año de Protección Pareja, en Quetzales de 2005

Método	Costo por APP			Total
	Consejería	Insumo	Procedimiento	
Condón	5.56	38.40		43.96
AQV-Femenia	18.75		672.00	690.75
Inyectables	5.56	28.48	11.87	45.91
DIU	20.83	2.95	2.63	26.41
AQV-Masculina	18.75		1,088.00	1106.75
Píldoras	16.67	39.60		56.27
Mela	16.67			50.00
Días fijos	16.67			50.00

Tabla 4. Costo anual en entrega de métodos de planificación familiar en el MSP en miles de Quetzales de 2005

Método	Costo por APP	Costo anual total						Gasto Total
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Condón	43.96	612.4	873.6	1,538.8	1,256.6	1,173.8	1,474.6	6,929.8
AQV-Femenia	690.75	710.9	760.1	528.6	536.2	698.4	895.6	4,129.7
Inyectables	45.91	5,555.9	6,409.2	7,431.5	7,796.0	7,345.5	9,788.3	44,326.4
DIU	26.41	81.8	106.0	107.9	88.9	75.0	89.8	549.5
AQV-Masculina	1,106.75	81.6	84.0	278.8	378.5	197.0	91.9	1,111.7
Píldoras	56.27	942.5	879.9	971.8	922.1	846.1	1,160.6	5,723.0
Mela	50	0.0	184.4	579.7	818.9	1,400.8	712.5	3,696.1
Días fijos	50	0.0	0.0	7.0	6.5	10.3	170.3	194.0
TOTAL		7,985.2	9,297.1	11,444.0	11,803.7	11,746.9	14,383.4	66,660.2

El número de servicios depende en lo esencial del número de nacimientos evitados. Los costos utilizados provienen del estudio que Bitrán y Asociados ejecutó para PHR en 2006 sobre el costo de las atenciones para alcanzar las metas del milenio. Las atenciones infantiles incluyen, además de los costos expresados en quetzales de 2005, los niveles de cobertura de ese año que deben aplicarse a los nacimientos evitados para ajustar

la estimación de gasto a la utilización de servicios (Tabla 5).

La atención materna incluye controles prenatales y del puerperio, vacunación, partos y atención de complicaciones de la madre y el recién nacido, a los niveles de cobertura actual y expresados en términos unitarios (por usuaria/o) en quetzales de 2005 (Tabla 6).

4.4.2 Estimación del ahorro institucional

Las coberturas actuales fueron aplicadas al número de nacimientos evitados para obtener el número de atenciones evitadas, y éstas se multiplicaron por el costo unitario. La tabla presenta los resultados de la estimación por cada rubro en quetzales de cada año y en quetzales constantes de 2005.

Como puede observarse en la tabla 7, el total de los ahorros institucionales casi llega a los mil millones de quetzales de 2005. Los gastos evitados son totalmente plausibles cuando se comparan los costos evitados con los gastos actuales, según el estudio de cuentas nacionales en salud, para 2004 y 2005. Según este estudio, el gasto del MSP en salud materna fue de 172 millones y 193 millones en los años respectivos, y el gasto en salud infantil de 392 y 398 millones respectivamente, para alrededor de 400 mil nacimientos anuales, que es casi tres veces el número de nacimientos evitados.

4.4.3 Índice de Beneficio-Costo de la Planificación Familiar en el MSPAS

La suma de los beneficios anuales, dividida por los costos de la planificación familiar en cada año nos proporciona el índice de beneficio costo para cada año. Dado que estos valores están expresados en quetzales de 2005, es posible obtener una

Tabla 5. Cobertura y costo de las intervenciones en salud infantil, en quetzales de 2005

INTERVENCIONES	Cobertura actual (2005)	Costos unitarios (Q 2005)
Vacuna contra el sarampión	74.5%	Q140
Vacuna contra la poliomielitis	93.4%	Q139
Vacuna DPT	55.0%	Q130
Vacuna BCG	96.0%	Q128
Refuerzos de vacunas	89.0%	Q100
Esquemas completos de vacunación	92.0%	Q120
Control de crecimiento y desarrollo (incluye entrega de micronutrientes)	36.8%	Q160
Terapia de rehidratación oral para los casos de EDA	33.5%	Q80
Terapias de rehidratación oral para los casos de IRA	37.4%	Q79
Atención de enfermedades inmunoprevenibles	80.0%	Q90
Atención de enfermedades prevenibles	81.0%	Q91

Fuente: Bitrán y Asociados, 2006

Tabla 6. Cobertura y costo de las intervenciones en salud materna, en quetzales de 2005

INTERVENCIONES DE LA SALUD MATERNA	Cobertura actual (2005)	Costos unitarios (Q 2005)
Control prenatal	98%	61.63
Control puerperio	41%	66.43
Vacunación (toxoides tétanico)	55%	70.00
Cobertura parto limpio y seguro (parto institucional eutósico)	30%	896.50
Intervención médica en la hemorragia postparto (complicaciones obstétricas)	3%	115.12
Intervención médica en la Infección postparto (complicaciones obstétricas)	3%	212.97
Intervención médica en la hipertensión por embarazo (complicaciones obstétricas)	2%	160.74
Intervención médica en el aborto involuntario (complicaciones obstétricas)	3%	4,583.98
Intervención médica en la asfixia neonatal	2%	192.16

Fuente: Bitrán y Asociados, 2006

Tabla 7. Ahorros institucionales en atenciones maternas e infantiles por nacimientos evitados con la planificación familiar en el MSP, entre 2002 y 2007, millones de quetzales de cada año y en quetzales constantes de 2005.

Año	Salud Materna		Salud Infantil		Total	
	Corrientes	Constantes 2005	Corrientes	Constantes 2005	Corrientes	Constantes 2005
2002	102.4	49.1	63.2	79.4	165.6	128.5
2003	123.7	56.1	76.4	90.6	200.1	146.7
2004	54.3	58.9	87.7	95.2	142.0	154.2
2005	59.8	59.8	96.6	96.6	156.3	156.3
2006	66.8	63.2	107.9	102.0	174.7	165.2
2007	90.6	78.7	146.3	127.2	236.9	205.9
Total		365.8		590.9		956.8

cifra agregada para la serie. De acuerdo con la tabla, por cada quetzal invertido en planificación familiar, se obtienen beneficios institucionales de Q14.35.

La variabilidad de la serie es resultado de la mezcla de métodos entregados cada año, ya que cada uno de los métodos genera distinta cantidad de años de protección pareja y tiene costos diferentes por nacimiento evitado. En cualquier caso, los resultados indican que los 67 millones invertidos en planificación familiar son compensados con creces por alrededor de mil millones de quetzales que hubieran debido invertirse en los nacimientos evitados.

Tabla 8. Relación entre beneficios y costos de la planificación familiar en el periodo 2002-2006

Año	Beneficios	Costos	Relación B/C
2002	128,483,418	7,985,184	16.09
2003	146,673,535	9,297,082	15.77
2004	154,170,216	11,444,030	13.47
2005	156,343,453	11,803,672	13.24
2006	165,176,994	11,746,889	14.06
2007	205,917,136	14,383,388	14.31
Total	956,764,752	66,660,245	14.35

5 DISCUSIÓN

El nivel de costo beneficio obtenido, si bien refleja un buen retorno económico en términos absolutos, representa un índice bajo si se compara con otros estudios. Sin embargo, el resultado depende casi por completo de la mezcla de métodos utilizados para espaciar y limitar nacimientos. En la medida que se utilizan métodos de abastecimiento periódico cuyo costo por nacimiento evitado es alto, se está reduciendo el beneficio costo de la planificación familiar. Como se vio anteriormente, los métodos para limitar o espaciar más duraderos se entregan al 4% de las usuarias y producen el 33% de los años de protección pareja.

5.1 ÍNDICE DE BENEFICIO COSTO DE CADA MÉTODO

Para comprobar esta posición se comparó el costo por APP de cada método con el total de costos por cada nacimiento evitado (un valor que es independiente del método utilizado). El beneficio menos el costo, así como el índice de beneficio costo fueron calculados con resultados sorprendentes (Tabla 9). El DIU y las AQV femeninas tienen el mayor beneficio costo. Sin embargo, siguen siendo los métodos con los que se atienden menos usuarias.

Tabla 9. Índice de Beneficio Costo de cada Método de Planificación Familiar en el MSP

Método	Costo por APP	Costo por nacimiento evitado	Ahorro por nacimiento evitado	B-C	B/C
Condón	43.96	131.87	1,439.60	1,307.68	10.92
AQV-Femenia	6.91	20.72	1,439.60	1,418.83	69.47
Inyectables	45.91	137.72	1,439.60	1,301.83	10.45
DIU	6.60	19.81	1,439.60	1,419.74	72.68
AQV-Masculina	110.68	332.03	1,439.60	1,107.53	4.34
Píldoras	56.27	168.80	1,439.60	1,270.75	8.53
Mela	50.00	150.00	1,439.60	1,289.55	9.60
Días fijos	50.00	150.00	1,439.60	1,289.55	9.60

5.2 ESCENARIOS ALTERNATIVOS

Como puede apreciarse, es importante determinar los costos y beneficios que cada método produce de acuerdo con el número de nacimientos que contribuye a evitar, para identificar cuáles podrían ser los beneficios de un cambio en la mezcla de métodos.

Al realizar la estimación de un escenario alternativo se siguieron algunas pautas. Se mantuvo el valor del gasto total, para probar si se pueden obtener mayores beneficios con la misma inversión económica. El único valor modificado para

el escenario alternativo fue el porcentaje de gasto total destinado al método específico.

El gasto se incrementó en DIU y AQV femenina para reflejar el porcentaje de mujeres que desean limitar los embarazos, y en su conjunto representan un 23% del gasto del escenario alternativo. Los resultados indican que los beneficios superarían los dos MIL millones de quetzales y el índice de beneficio costo llegaría a 30 quetzales de ahorros institucionales por cada quetzal invertido en la planificación familiar (Tabla 10).

6 IMPLICACIONES DE POLÍTICA

6.1 OPORTUNIDADES PARA ATENDER LA DEMANDA INSATISFECHA

El estudio muestra que existe un conjunto único de condiciones para expandir rápidamente la cobertura de planificación familiar, reducir la brecha de demanda insatisfecha y superar las condiciones de inequidad en el acceso a planificación familiar. Algunas de estas condiciones son: un marco legal favorable y explícito para universalizar el acceso equitativo, un marco financiero que hace viables los esfuerzos de expansión de los servicios y un personal que se ha venido capacitando y dotando de insumos para la prestación de estos servicios con calidad.

Es importante valorar estas condiciones y favorecer un aumento de las expectativas del programa para cumplir con su mandato de atender a las poblaciones con menor acceso a la planificación familiar.

Tabla 10. Escenario alternativo de gasto en métodos de planificación familiar basado en el índice de beneficio – costo de cada método (Gastos y Beneficios, en miles de quetzales de 2005).

Método	IBC	Escenario Actual			Escenario B		
		Gasto	%	Beneficios	%	Gasto	Beneficios
Condón	10.92	6,929.8	10%	75,650.8	2%	1,333.2	14,554.2
AQV-Femenia	69.47	4,129.7	6%	286,881.2	15%	9,999	694,612.8
Inyectables	10.45	44,326.4	66%	463,331.6	52%	34,663.3	362,326.4
DIU	72.68	549.5	1%	39,943.2	18%	11,998.8	872,131.9
AQV-Masculina	4.34	1,111.7	2%	4,820.1	3%	1,999.8	8,670.5
Píldoras	8.53	5,723	9%	48,806.5	4%	2,666.4	22,739.5
Mela	9.60	3,696.1	6%	35,471.5	5%	3,333	31,986.9
Días fijos	9.60	194	0%	1,861.8	1%	666.6	6,397.4
TOTAL		66,660.2	100%	956,766.7	100%	66,660.2	2,013,419.6
Índice de Beneficio-Costo				14.35			30.2

6.2 USO EFECTIVO DEL FINANCIAMIENTO ESPECÍFICO PARA PF

Para utilizar efectivamente los recursos derivados de impuestos específicamente destinados a la planificación familiar, es necesario ajustar mejor los métodos ofertados a la demanda insatisfecha. Una parte del ajuste consiste en ofrecer un balance de métodos para espaciar que son costo beneficiosos y métodos para limitar que ofrecen más años de protección a un costo bajo.

Otros estudios han mostrado que al mejorar la consejería podría romperse con el desconocimiento, el temor y las objeciones de conciencia que tienen algunas pacientes. Pero también es parte del uso efectivo de recursos equipar y

entrenar al personal en las regiones con mayor demanda insatisfecha para que tanto el DIU como las AQV femeninas y masculinas se puedan ofrecer a las usuarias para quienes este método resulta el más conveniente y aceptable.

Al mejorar el costo beneficio de la mezcla de métodos se pueden liberar recursos para ofrecer servicios de mejor calidad y las mismas familias pueden empezar a disfrutar de mejor calidad de vida, con un tamaño del hogar ajustado a sus expectativas, preferencias y posibilidades socioeconómicas.

6.3 ENFOCAR EN EVITAR LOS EMBARAZOS DE MAYOR RIESGO

El subsidio público a los métodos de planificación familiar se justifica en el MSP en la medida en que los métodos son entregados con la finalidad de salud pública de evitar los embarazos de riesgo. El fortalecimiento de la consejería preconcepcional, que incluya la evaluación del riesgo y la orientación a usuarios y usuarias, puede contribuir no solamente a producir mayores ahorros institucionales, sino a salvar vidas de madres y niños.

7 BIBLIOGRAFÍA

- BANCO DE GUATEMALA. Estadísticas Continuas: Índice de Precios al Consumidor 2000 – 2008.
- BITRÁN Y ASOCIADOS (2006) Modelo basado en costo efectividad para la estimación de requerimientos financieros para alcanzar las metas del milenio en salud materna infantil, VIH y Malaria. S/a, s/e.
- BLOOM, D, D CANNING Y J SEVILLA (2002). The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change. RAND Monograph Report. http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MRI274/
- CABARABAN M Y MORALES B (2006). Philippines: Social and Economic Consequences of Family Planning Use in the Southern Philippines. Family Health International. En: <http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/wsp/fctshts/Philippines2.htm>
- CALIDAD EN SALUD (2007) Reporte de desempeño de Planificación Familiar. S/e, s/a, s/f.
- CARNEGIE. Economic Consequences of Preventable Problems. http://www.carnegie.org/sub/pubs/reports/great_transitions/gr_chpt2.html
- DELIVER PROJECT (2006). Regulatory Harmonization in Central America, How Harmonization can impact regional contraceptive procurement. Guatemala: USAID.
- DELIVER PROJECT. Diagnóstico de la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en Guatemala. Guatemala: USAID, 2006.
- HERMALIN A (2003) Family Planning Impact Evaluation: The Evolution of Techniques. Report No 03-534. Population Studies Center, Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor.
- JULIO PÉREZ DÍAZ (1999). La política mundial de población en el siglo XX. Centre d'Estudis Demogràfics. http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG003_PerezDiaz.pdf
- KOTHARI D AND S. KRISHNASWAMY (1998). Poverty, family planning and fertility vis-a-vis management of family planning services in India. A case study. Indian Institute of Health Management Research (IIHMR) Jaipur, India. <http://www.popline.org/docs/276837>
- MUTAMBIWA, J.; UTETE, V.; MUTAMBIWA, C.; MARAMBA, P. / FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI), 1998 The consequences of Family Planning for Women's Quality of Life in Zimbabwe. <http://www.eldis.org/static/DOC7367.htm>
- OMS (2004) Estrategia de Salud Reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. OMS/FNUAP http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R12-sp.pdf
- POP COUNCIL (2001). Setting Prices for Reproductive Health Services in a Public Hospital in Guatemala, 2001 http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Guatprices.pdf
- RAND, 2002. Capitalizando el "Bono Demográfico": Cómo la dinámica demográfica puede afectar al crecimiento económico. Population Matters. http://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB5065.1/RB5065.1.pdf
- ROSEMBERG, L Y D BLOOM. Global Demographic Trends. En: Finance and Development, International Monetary Fund. www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2006/09/picture.htm
- SEGEPLAN (2005) Segundo Informe de Avance de las Metas del Milenio. <http://www.guatemala.gob.gt/Segeplan/Herramientas/MetasMilenio/index.htm>
- UPE (2007) Situación de la Salud y su Financiamiento, 2004 – 2005. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2007.
- Wagstaff, A y M Claesom (2004) Rising to the Challenges: The millenium development goals for health. The World Bank, Washington DC <http://www.dcp2.org/pubs/DCP/9/Section/1000>
- WHO Family Planning Cornerstone (2007) A global handbook for providers, Family Planning. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, CCP INFO Project. Baltimore and Geneva: CCP and WHO.



Proyecto USAID|Calidad en Salud

8a. Ave. 10-74, Zona 10

Las Margaritas, Guatemala, Guatemala

PBX: 502-2485-5988

Calidad en Salud is managed by University Research Co., LLC (URC)