



Los Medicamentos Esenciales en la Región de las Américas: logros, dificultades y retos

2007

Centro de Documentación OPS/OMS en el Perú – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Los Medicamentos Esenciales en la Región de las Américas: logros, dificultades y retos

Lima: OPS, © 2007.

ISBN: 978-92-7-532880-4

I. Título

1. MEDICAMENTOS ESENCIALES
2. CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS
3. COOPERACION TÉCNICA
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
5. AMÉRICAS

NLM QV32.1

Organización Panamericana de la Salud

525 Twenty-Third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037, E.U.A.

Primera edición, 2007

Tiraje: 1000 ejemplares

Agradecimiento

*El presente documento fue preparado por
Alejandro Midzuaray con las valiosas contribuciones de:*

*César Amaro, Héctor Buschiazso, Martín Canas,
Perla de Buschiazso, Benito Marchand, Germán Rojas,
Claudia Vacca, Susana Vásquez, Lenita Wannmacher*

*y de los siguientes funcionarios de la Organización
Panamericana de la Salud (OPS/OMS):
José Luis Castro, José Luis Di Fabio, James Fitzgerald,
Nora Girón, Nelly Marín, Germán Perdomo, Christophe Rerat,
Juanita Rodríguez .*

Índice

Presentación	7
Visión panorámica de la situación de los Medicamentos Esenciales a nivel global y en la Región de las Américas	9
• Salud y mercado farmacéutico en la Región de las Américas	12
• Los Medicamentos Esenciales en países de Latinoamérica y El Caribe	13
Anexo: Experiencias sobre Medicamentos Esenciales en la Región de las Américas	19
• Políticas Subregionales de Medicamentos	19
• Compras conjuntas de Medicamentos Esenciales: la experiencia de los países de la OECS	20
• Perú: Promoción del acceso y uso racional de medicamentos a nivel de la comunidad: la experiencia del Servicio de Medicinas ProVida	22
• Guatemala: Revisión de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales: incorporación de la Medicina basada en la evidencia	24
• Argentina: Programa de formación de formadores en Farmacoterapéutica basada en problemas: logros del Centro Colaborador de la OPS/OMS en la Plata	26
• Brasil: Promoción del uso racional de medicamentos: logros en la educación a profesionales de la salud	27
• Nicaragua: “Buscando Remedio”: una valiosa herramienta para la atención básica de salud y el uso de Medicamentos Esenciales	29
• Perú: Evaluación rápida de los niveles de racionalidad del uso de Medicamentos	29
• Argentina: “Remediar”: programa integral de promoción del acceso a medicamentos esenciales en la atención primaria	31
• Colombia: Lista de Medicamentos Esenciales de Colombia: más que una tradición	32

Presentación

En 1977 cuando la Organización Mundial de la Salud aprobó la primera Lista Modelo de Medicamentos Esenciales, se generó, en algunos sectores interesados una fuerte reacción cuestionando su validez y catalogando a dicha propuesta como una estrategia inviable. Desde entonces y luego de treinta años de experiencias acumuladas, principalmente en países en desarrollo, se puede afirmar rotundamente que el concepto de Medicamentos Esenciales tiene más vigencia que nunca.

En el ámbito de la salud pública y del desarrollo humano, el acceso a los medicamentos esenciales ha sido considerado como una prioridad a nivel mundial y es un componente fundamental de tres de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La estrategia de los medicamentos esenciales constituye uno de los instrumentos más valiosos para lograr altos niveles de impacto sanitario y social y optimizar el gasto farmacéutico. Es por ello que en la actualidad la mayor parte de países ha implementado el Concepto de Medicamentos Esenciales en sus sistemas de salud.

En la Región de las Américas se han reportado avances importantes en cuanto al acceso a los medicamentos esenciales y al uso racional de los medicamentos en general, pero existen aún algunos nudos críticos relacionados con la accesibilidad, la disponibilidad, la calidad y el uso de estos insumos sanitarios.

En el presente informe se expone en forma sucinta, el panorama de los medicamentos esenciales, tanto a nivel global como regional, destacándose logros, dificultades y problemas por resolver en países latinoamericanos y del Caribe. Se revisan algunas experiencias que ameritan ser divulgadas y compartidas. Se resalta la participación no sólo de los Gobiernos si no también de diversas instituciones de la sociedad civil como universidades, ONG, iglesias, organismos cooperantes de países extranjeros, entre otras.

La celebración del Trigésimo Aniversario del Concepto y la Lista de Medicamentos Esenciales debe ser propicia para efectuar una reflexión crítica del camino hasta ahora recorrido y renovar nuestro compromiso de lograr los más elevados niveles posibles de salud y bienestar en la Región de las Américas.



Mirta Roses Periago
Directora, Organización Panamericana de la Salud

VISIÓN PANORÁMICA DE LA SITUACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ESENCIALES A NIVEL GLOBAL Y EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Treinta años después de su reconocimiento como una de las estrategias sanitarias fundamentales para promover el acceso a los medicamentos e impulsar su uso apropiado, *el concepto de medicamentos esenciales* continúa plenamente vigente a nivel global. Grandes problemas de salud pública como la tuberculosis, la malaria, el VIH-SIDA y muchos otros procesos infecciosos y enfermedades no transmisibles, así como el costo creciente de los nuevos productos farmacéuticos frente a los siempre limitados recursos financieros de los sistemas de salud, han contribuido a la consolidación de este concepto.

Si bien el acceso a la atención de salud constituye un derecho humano, concepto incorporado en diferentes tratados internacionales y reconocido por los gobiernos del mundo, si no se asegura un acceso equitativo a los medicamentos esenciales este derecho fundamental a la salud no podrá ser ejercido plenamente¹. El acceso a los medicamentos esenciales forma parte de tres de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población y deben, por lo tanto, estar disponibles en forma permanente en los sistemas de salud a un precio que los pacientes y la comunidad puedan pagar. Este concepto se puede aplicar en cualquier país, sea en el sector público o privado y en los diferentes niveles del sistema de atención de salud². La selección de los medicamentos que se consideran esenciales es una tarea que debe ser asumida por cada país.

La Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, actualizada periódicamente, ha servido de referencia para la elaboración de las Listas Nacionales. En Marzo de 2007 se elaboró la decimoquinta versión de la Lista Modelo³ y, en Octubre de este mismo año se tenía programada la reunión de expertos para diseñar la 1ra Lista Modelo de Medicamentos Esenciales para Niños⁴. Como complemento de la Lista Modelo, la OMS publica, desde 2002, un Formulario Modelo⁵ con información básica sobre cada uno de los medicamentos esenciales.

Antes de que la OMS adoptase una definición de medicamentos esenciales y publicara la 1ra Lista Modelo en 1977, varios países en desarrollo como Mozambique, Perú y Sri Lanka habían ya implementado el concepto de medicamentos esenciales como una estrategia para enfrentar de modo eficiente las necesidades de estos insumos en los servicios de salud⁶. En la Resolución WHA28.66 de la 31ª Asamblea Mundial de la Salud de 1978 se urgía a los Estados Miembros a “colaborar en el intercambio de información sobre políticas y gestión farmacéuticas a través de programas bilaterales o multilaterales y la OMS. En ese mismo

¹ World Health Organization: WHO Medicines Strategy, Countries at the Core, 2004-2007: Highlights

² Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS: Selección de medicamentos esenciales, Junio 2002, OMS

³ World Health Organization: Medicamentos Esenciales: Lista Modelo de la OMS, 15ta Edición. Disponible en: <http://www.who.int/medicines/publications/spanishEML15.pdf>. Acceso el 09.Nov.2007

⁴ World Health Organization: WHO to launch first essential medicines list for children. Disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/4/07-010407/en/index>. Acceso el 04 Abr.2007

⁵ World Health Organization: WHO Model Formulary, 2002

⁶ World Health Organization: The WHO Essential Medicines List: 30th Anniversary. Disponible en <http://www.who.int/medicines/events/fs/en/index>, Acceso el 09 Nov. 2007

año, la Declaración de Alma Ata –adoptada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud- incorporó como uno de sus componentes básicos, la provisión de medicamentos esenciales. Tres años después, en 1981, se inició el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS⁷.

La Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de Medicamentos realizada en Nairobi y la publicación de la Guía de la OMS para el Desarrollo de Políticas Farmacéuticas de las Nacionales en 1988, constituyen dos de los hechos más importantes para el fortalecimiento del concepto de medicamentos esenciales⁸

Según la OMS, en la actualidad más de 150 países han adoptado listas de medicamentos esenciales; no obstante, diversos reportes⁹ -entre ellos uno reciente efectuado en seis países¹⁰, revelan que tanto la disponibilidad como la asequibilidad a los medicamentos esenciales son aún limitados.

En contraste a la falta de acceso a los medicamentos esenciales por parte de grandes sectores de la población de países en desarrollo, existen en el mercado internacional muchos productos farmacéuticos de valor terapéutico nulo o incierto e incluso algunos riesgosos para la salud humana. Recientemente han aparecido reportes que cuestionan la utilidad e inocuidad de productos de uso muy común como los suplementos vitamínicos empleados como antioxidantes¹¹ y los preparados utilizados en el manejo de la tos y el resfrío en

niños¹². Se ha estimado que alrededor del 70% de los productos farmacéuticos del mercado mundial son de carácter duplicativo, no esencial y representan sólo variaciones menores de un fármaco original¹³. De igual modo, muchos medicamentos que ingresan al mercado y que se comercializan como innovaciones terapéuticas resultan ser nuevas versiones de fármacos ya conocidos, es decir, no representan aportes significativos para la prevención o el tratamiento de las enfermedades¹⁴



Asegurar el derecho a los medicamentos

⁷ World Health Organization: Report of the WHO Expert Committee on National Drug Policies, June 1995

⁸ World Health Organization: How to develop and implement a national drug policy, 2ª Ed, 2001

⁹ World Health Organization: The World Medicines Situation: Access to Essential Medicines, 2004

¹⁰ Mendis S et al: The availability and affordability of selected essential medicines for chronic diseases in six low- and middle-income countries. Bull World Health Organ 2007; 85:279

¹¹ Bjelakovic G et al: Mortality in randomized trials of antioxidant supplements for primary and secondary prevention, Systematic review and meta-analysis, JAMA 2007, 297:842,

¹² Harris G: Manufacturers remove drugs for infant cold, The New York Times, 2007, Oct. 12

¹³ Management Sciences for Health in collaboration with the World Health Organization: Managing drug supply, 2nd Ed, 1997

¹⁴ Anónimo. Antiguos fármacos disfrazados de novedad. Butll Groc 2007, 20:1

La evaluación del año 2003, efectuada por la OMS¹⁵, ofrece un perfil de la situación de los países en relación a algunos aspectos de la implementación del concepto de medicamentos esenciales:

- La mitad de 123 países que reportaron, contaban con un documento de política nacional de medicamentos (nuevo o actualizado en los últimos diez años).
- Quince de 103 países informaron que menos del 50% de su población tenía acceso a las medicinas esenciales.
- El 68% de un total de 117 países, contaban con un seguro público de salud que cubría el costo de los medicamentos.
- En dos tercios de 127 países la compra de medicamentos estaba limitada a la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales.
- La sustitución genérica en las farmacias privadas era permitida en el 75% de 132 países
- Ochentidos de 114 países habían actualizado su Lista Nacional de Medicamentos Esenciales en los últimos 5 años
- Y, en el 73% de un total de 127 países, la coordinación de la promoción del uso racional de medicamentos estaba en el nivel del gobierno nacional

Los objetivos de la OMS en el ámbito de los medicamentos, incorporados en su Estrategia Farmacéutica para el período 2004-2007¹⁶, son *“que todas las poblaciones tengan acceso a los medicamentos esenciales que necesitan; que los medicamentos sean seguros, efectivos y de buena calidad y que ellos sean prescritos y usados racionalmente”*. La Estrategia Farmacéutica ha estado dirigida a apoyar y dar seguimiento a las políticas farmacéuticas nacionales, incluyendo la

incorporación de medidas de protección de la salud pública en los acuerdos comerciales internacionales, regionales y bilaterales; la definición de las necesidades prioritarias en salud para determinar las inversiones públicas en investigación y el desarrollo de productos farmacéuticos, en especial con relación a las enfermedades desatendidas. Comprende, además, la cooperación técnica para ampliar el acceso a medicamentos esenciales de calidad contra enfermedades prioritarias como el VIH-SIDA, fortalecer los sistemas de suministro de medicamentos, asegurar la calidad y la seguridad de los medicamentos y promover un uso justificado y costo eficaz de los medicamentos entre el personal sanitario y los usuarios.



¿Dónde está mi medicamento esencial?

¹⁵ World Health Organization: WHO Medicines Strategy, Countries at the Core, 2004-2007: Monitoring Progress

¹⁶ World Health Organization: WHO Medicines Strategy, Countries at the Core, 2004-2007: Components of the Strategy

A fines del presente año, coincidiendo con la celebración del Trigésimo Aniversario del Concepto y la Lista Modelo de Medicamentos

Esenciales, la OMS deberá iniciar el proceso de evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos, componentes y resultados establecidos en su Estrategia Farmacéutica a nivel de la sede, las regiones y los países.

SALUD Y MERCADO FARMACÉUTICO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

De acuerdo con la reciente edición de 2007 de “Salud en las Américas” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)¹⁷, el complejo panorama de la salud y sus tendencias en la Región incluye progresos importantes expresados, por ejemplo, en una tendencia creciente de la esperanza de vida. Estos avances deberán ser protegidos a través de estrategias costo efectivas como el fortalecimiento y ampliación de los programas de vacunación, el mantenimiento del DOTS para la tuberculosis, el mejoramiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica, entre otras.

Sin embargo, junto a estos logros persisten graves problemas socioeconómicos y sanitarios que aún no han sido resueltos y que forman parte de la denominada “agenda inconclusa”, como los presentados a continuación:

- Pobreza extrema y hambre
- Elevada mortalidad en niños menores de 5 años
- Problemas relacionados con la salud materna
- Prevención y control inadecuados de la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria
- *Acceso limitado a los medicamentos esenciales*
- Insuficiente acceso al abastecimiento de agua y al saneamiento

- Barreras que impiden mejorar la salud de los pueblos indígenas
- Enfermedades descuidadas en poblaciones desatendidas

Por otro lado, la Región de las Américas debe enfrentar serios problemas reemergentes (tuberculosis, malaria, dengue, peste, entre otros) y algunos nuevos retos de salud pública como las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, las violencias, la resistencia a los antimicrobianos y el VIH/SIDA.

En relación a la prestación y el acceso a los servicios de salud, se ha observado en algunos países un incremento en la brecha entre las personas que pueden y las que no pueden acceder a la atención de salud. Esta desigualdad está determinada por la persistencia y en algunos casos la ampliación de la pobreza, las condiciones precarias del empleo, las grandes diferencias en la distribución de los ingresos y la fragmentación social.

Tampoco hay un adecuado esfuerzo para el financiamiento de los sistemas de salud. En muchos países los gastos de bolsillo han aumentado significativamente determinando un efecto regresivo en los pobres.

Mercado Farmacéutico de la Región: Según datos del año 2000 los mercados farmacéuticos de los Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Brasil y Méjico figuran entre los diez más grandes a nivel mundial, representando el primero de ellos, el 53% del total¹⁸. Tanto el mercado farmacéutico norteamericano como el de América Latina y el Caribe muestran un crecimiento constante aunque este último sólo llega a representar un 8% del mercado mundial.

Por otra parte, la participación de los medicamentos genéricos o de fuente múltiple, ha experimentado un crecimiento significativo. Según

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS): Salud en las Américas 2007, Volumen I –Regional, Publicación Científica y Técnica N°622

¹⁸ World Health Organization: The World Medicines Situation: World Pharmaceutical Sales and Consumption, p.34, 2004

una evaluación del IMS, en el 2000 los porcentajes de participación de genéricos en el total de las ventas de medicamentos se situaron entre el 58.6% y el 63% en la Argentina, el Uruguay y la República Dominicana, ubicándose entre los seis mayores mercados de genéricos del mundo¹⁹



El medicamento adecuado al precio justo

Ahora bien, de acuerdo al análisis presentado en Salud en las Américas (2007) de la OPS/OMS²⁰, la industria farmacéutica en la Región está, en la actualidad, ampliamente globalizada. La desregulación económica introducida en la década anterior, dio lugar además, a que las empresas farmacéuticas multinacionales concentraran la producción en los países más grandes de Latinoamérica (como Méjico, Brasil y Argentina). Todos los países del Continente Americano requieren, en mayor o menor medida, importar medicamentos. Así, mientras en el Brasil alrededor del 19% de productos de su mercado son importados en el Ecuador ese porcentaje alcanza el 80%.

De acuerdo a proyecciones del IMS, en América Latina el gasto per cápita/año en medicamentos es de casi US\$40 y el financiamiento depende de tres fuentes: el gasto de los hogares, los seguros público,

mutual y privado (que exceptuando a pocos países como Costa Rica, ofrecen una cobertura parcial) y el de los gobiernos.

Desde la década pasada se ha prestado un particular interés respecto a las implicancias de la propiedad intelectual sobre el acceso a medicamentos. Pero a pesar que se dispone de las flexibilidades del ADPIC (Aspectos de la Propiedad Intelectual relacionados al Comercio) y la Declaración Ministerial de Doha en el marco de la OMC²¹, pocos gobiernos de países en vías de desarrollo las han aplicado para lograr precios asequibles de medicamentos críticos para la salud pública. Por otra parte, los tratados de libre comercio de carácter bilateral o subregional que algunos países de la Región están negociando o han aprobado, son motivo de preocupación por las posibles consecuencias que pudieran tener sobre el acceso a medicamentos²².

Respecto a las políticas farmacéuticas en la Región, en la evaluación efectuada en el 2003 por encargo de la OMS, de un total de 27 países, 16 reportaron que contaban con una política nacional de medicamentos la que estaba integrada a la Política Nacional de Salud en 9 de ellos. Además, 10 de ellos tenían, un plan de implementación²³

LOS MEDICAMENTOS ESENCIALES EN PAÍSES DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

En la Región el acceso a los medicamentos esenciales presenta aún grandes limitaciones. Se ha estimado que en el 2003, 60% de los países

¹⁹ World Health Organization: The World Medicines Situation: World Pharmaceutical Sales and Consumption, p.37, 2004

²⁰ Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS): Salud en las Américas 2007, Volumen I –Regional, Publicación Científica y Técnica N°622

²¹ Organización Mundial de la Salud: Eslabones para el Acceso, en: Boletín de Medicamentos Esenciales, N°30, 2001

²² Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS): Salud en las Américas 2007, Volumen I –Regional, Publicación Científica y Técnica N°622

²³ OPS/NAF-ENSP (Centro Colaborador de la OPS/OMS en Políticas Farmacéuticas): Situación farmacéutica en América Latina y el Caribe 2003, Estructura y Procesos, Agosto 2006

de la Región mostraban un nivel de acceso a los medicamentos esenciales menor a un 80%²⁴. De acuerdo al esquema de la OMS de los factores determinantes básicos del acceso a medicamentos, aparte de una selección racional (de medicamentos esenciales) se considera también precios asequibles, un financiamiento sostenible y sistemas de suministro y de salud fiables²⁵.



Accesible en todo el mundo

Veintidós países de la Región contaban, en el 2003, con una Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (ver tabla 1)²⁶. En casi todos ellos la lista

se aplicaba para las adquisiciones de medicamentos en el sector público. No obstante, sólo en 8 países era usada por las aseguradoras públicas con fines de reembolso; por ello, la incorporación del concepto de Medicamento Esencial en los seguros de salud, debe ser asumida como un reto por las autoridades de salud.

Tabla 1 Listas Nacionales de Medicamentos Esenciales (LME) en 22 países de la Región, 2003*

	N°	%
Número de medicamentos en las LME (mediana)	400	
Uso de la LME en las adquisiciones del sector público	21/22	95.5%
Aplicación de la LME para reembolso en Seguros Públicos	8/22	36.4%
Aplicación de la LME para reembolso en Seguros Privados	2/22	9.1%

*Modificado de: OPS/NAF-ENSP: Situación farmacéutica en América Latina y el Caribe 2003, Estructura y Procesos, 2006

El diseño de las listas y formularios terapéuticos nacionales, en base a sólidas evidencias de eficacia, seguridad, costo, conveniencia y necesidad, es la tarea principal de los comités de medicamentos y terapéutica tanto nacionales como regionales o institucionales. Y, aunque en muchos países se han establecido estos comités, su desempeño y relevancia han sido, con frecuencia, cuestionados. En consecuencia, las instituciones de salud debieran asumir el reto de buscar y aplicar estrategias efectivas para el fortalecimiento de estos organismos técnicos.

Entre las estrategias para lograr una reducción de los precios de los medicamentos esenciales se cuenta con la promoción de genéricos, la información sobre precios, la regulación o el control así como las negociaciones y compras conjuntas. Las estrategias para los medicamentos genéricos se basan en dos elementos principales: el

²⁴ OPS/NAF-ENSP (Centro Colaborador de la OPS/OMS en Políticas Farmacéuticas): Situación farmacéutica en América Latina y el Caribe 2003, Estructura y Procesos, Agosto 2006

²⁵ Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS: Selección de medicamentos esenciales, Junio 2002, OMS

²⁶ OPS/NAF-ENSP (Centro Colaborador de la OPS/OMS en Políticas Farmacéuticas): Situación farmacéutica en América Latina y el Caribe 2003, Estructura y Procesos, Agosto 2006

uso generalizado de nombres no patentados de los productos farmacéuticos (ej. DCI) y la disponibilidad de una selección de productos equivalentes que pueden identificarse como sustitutos y competir en función de los precios²⁷

La prescripción usando la Denominación Común Internacional (DCI) ha sido instituida para el sector público en 21 países de la Región y en sólo 8 se ha incluido también al sector privado (tabla 2). En 21 países se permite la sustitución genérica en las farmacias públicas y en 17 de ellos se extiende a las farmacias privadas²⁸. Un ejemplo notable de una política de genéricos ha sido la de la República Argentina que como respuesta a la grave crisis económica de principios del siglo y que determinó una seria contracción del consumo interno de medicamentos, promulgó la Ley de Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico (2002), que logró, entre sus efectos favorables, un mejor acceso a los medicamentos y un ahorro anual, al gobierno, de aproximadamente 1,000 millones de pesos²⁹

Tabla 2 Prescripción obligatoria por DCI y autorización de la sustitución genérica en países de la Región (2003)*

	N° de países
* <i>Prescripción por DCI</i>	
en el sector público	21
en el sector privado	8
* <i>Sustitución genérica</i>	
en farmacias públicas	21
en farmacias privadas	17

*Modificado de: OPS/NAF-ENSP: Situación farmacéutica en América Latina y el Caribe 2003, Estructura y Procesos, 2006

²⁷ Madrid I, Velázquez G, Fefer E: Reforma del Sector Farmacéutico y del Sector Salud en las Américas: una Perspectiva Económica, OPS/OMS, 1998

²⁸ Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS): Salud en las Américas 2007, Volumen I –Regional, Publicación Científica y Técnica N°622

²⁹ Ministerio de Salud de la Argentina: Principales logros de la Política Nacional de Medicamentos. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/html/site/Genericos/site2/logros.asp>. Acceso el 04 Nov.2007

Negociaciones y compras conjuntas en la Región:

En los últimos cinco años se han desarrollado varias experiencias exitosas sobre negociaciones y compras conjuntas de medicamentos y otros insumos sanitarios esenciales en Latinoamérica y el Caribe. Así, en julio de 2002, quince países del Caribe lograron una reducción significativa del precio de 8 medicamentos antirretrovirales a través de una negociación conjunta coordinada por el CARICOM (Caribbean Community). En enero de 2003, seis países centroamericanos, con la coordinación del SICA (Sistema de Integración Centroamericano), negociaron y alcanzaron precios muy ventajosos de 12 antirretrovirales con 4 empresas farmacéuticas innovadoras y dos de genéricos³⁰. Ambos procesos contaron con el apoyo de la OPS/OMS.

En junio de 2003, los Ministros de Salud de los seis Países Andinos, Argentina, Méjico, Paraguay y Uruguay reunidos en Lima lograron también resultados exitosos en una negociación conjunta de precios de antirretrovirales y reactivos para el VIH/SIDA. Los precios de los esquemas de terapia triple de primera línea se redujeron entre 30% y 93% y para los esquemas de segunda línea, la reducción alcanzada fue del orden de 9% hasta un 81%³¹. La OPS/OMS cooperó con las autoridades de salud durante todo el proceso y, en coordinación con el Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU), facilitó la evaluación de los resultados a través de un contrato con la Universidad de Ohio. En una segunda Negociación Conjunta llevada a cabo en agosto de 2005 en Buenos Aires entre representantes de los gobiernos de diez países sudamericanos y Méjico y 26 compañías farmacéuticas, se logró reducciones del precio de antirretrovirales que se traduciría para la Región,

³⁰ Pan American Health Organization: Antiretrovirals-Efforts of Latin America and the Caribbean toward the Universal Access. Disponible en <http://www.paho.org/english/ad/fch/ai/antiretrovirals>. Acceso: 03.Nov.2007

³¹ Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unánue: Diez países latinoamericanos y un propósito común por las personas que viven con VIH/SIDA, ORAS-CONHU, Lima 2003

en un ahorro promedio del 20% en las compras de estos medicamentos³²

En febrero de 2007 cuatro países andinos fronterizos (Ecuador, Colombia, Perú y Venezuela) teniendo como marco el Proyecto de Control de Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina: Un Enfoque Comunitario (PAMAFRO), con la conducción del Organismo Andino de Salud y el apoyo de la OPS, a través del Fondo Estratégico, realizaron una compra conjunta de antimaláricos alcanzando reducciones de precios entre 36% y 90% de los precios promedios subregionales³³

Otra iniciativa interesante es la del PPS/OECS (Pooled Procurement Service/Organization of Eastern Caribbean States), sistema de compra conjunta para 9 países del Este Caribeño que lleva ya 20 años de funcionamiento y abastece de medicamentos a una población total de aproximadamente 500,000 habitantes de escasos recursos³⁴.

Por último, se debe mencionar al Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública ("Fondo Estratégico") de la OPS/OMS que sirve a 18 países y que constituye un eficiente mecanismo de cooperación técnica para la compra de suministros de alta relevancia para la salud pública como los medicamentos antirretrovirales, antituberculosos, antimaláricos e insecticidas³⁵.

En cuanto al financiamiento, la mayor parte del gasto en medicamentos es asumido por los hogares (se estima que representa dos tercios del gasto total

en salud) Los seguros privados y públicos suelen financiar sólo parcialmente los medicamentos y la situación de Costa Rica resulta excepcional ya que es la única con cobertura total, comparable a la seguridad social europea o australiana³⁶.

Como se puede apreciar en la tabla 3, sobre la situación del financiamiento de medicamentos esenciales en grupos críticos de población así como para enfermedades prioritarias para la salud pública en un conjunto de países de la Región³⁷, en no todos los países evaluados, se garantiza una cobertura farmacéutica gratuita para problemas de salud altamente prioritarios como la malaria y el VIH/SIDA.

Tabla 3 Financiamiento de medicamentos esenciales en 18 países de la Región (2003)*

Enfermedades prioritarias y grupos vulnerables objeto de cobertura farmacéutica gratuita	Nº Países	%
Tuberculosis	18	100.0%
Malaria	14	77.8%
Niños menores de cinco años	16	88.9%
Enfermedades transmitidas sexualmente	15	83.3%
Gestantes	15	83.3%
Personas indigentes	15	83.3%
HIV/SIDA y procesos asociados	14	77.8%
Gratuidad de todos los medicamentos	14	77.8%
Personas de la 3ra Edad	7	38.9%

³² Ministerio de Salud de Argentina: II Negociación Conjunta para la Compra de Antirretrovirales y Reactivos para los Países de Sudamérica y Méjico. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/hm/site/Genericos/site2/negociacion.asp>

³³ Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unánue: Compra Conjunta de Medicamentos: un Aporte para la Integración – Mejorando el Acceso a Medicamentos Antimaláricos en la Subregión Andina, febrero 2007

³⁴ Rerat Christophe: Comunicación personal, nov.2007

³⁵ OPS/OMS: 45º Consejo Directivo, 56ª Sesión del Comité Regional: Acceso a los Medicamentos- Promoción del Acceso a los Suministros Estratégicos de Salud Pública, Agosto 2004

*Modificado de: OPS/NAF-ENSP: Situación farmacéutica en América Latina y el Caribe. 2003, Estructura y Procesos, 2006

³⁶ Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS): Salud en las Américas 2007, Volumen I –Regional, Publicación Científica y Técnica N°622

³⁷ OPS/NAF-ENSP (Centro Colaborador de la OPS/OMS en Políticas Farmacéuticas): Situación farmacéutica en América Latina y el Caribe 2003, Estructura y Procesos, Agosto 2006

Otro de los factores determinantes del acceso a los medicamentos esenciales es la disponibilidad continuada de estos insumos sanitarios críticos en todos los servicios de salud, de acuerdo al nivel de atención de los mismos y aún en zonas alejadas de un país (accesibilidad geográfica). Este factor depende, principalmente, de un sistema de suministro eficaz y eficiente. Si bien, en los países que cuentan con Listas Nacionales de Medicamentos Esenciales las adquisiciones del sector público se realizan, en forma mayoritaria, de conformidad a esas listas, los sistemas de suministro de medicamentos esenciales en numerosos países de la Región distan mucho de ser óptimos. La evaluación de los sistemas de suministro en varios países, efectuados en los dos últimos años por la OPS/OMS y la Cooperativa de Hospitales de Antioquía, Colombia (Centro Colaborador de la OPS/OMS en el área de suministros de medicamentos) revelan dificultades en la integración de los procesos de distribución, presencia de adquisiciones aisladas y desconectadas del sistema y fallas en la coordinación, entre otras deficiencias³⁸

Debe mencionarse también un hecho preocupante y que constituye, a la vez, un reto actual para las autoridades de salud: el observado en varios países latinoamericanos y que podría denominarse la “judicialización” de la atención de salud y el acceso a ciertos tipos de medicamentos. A través de fallos judiciales se está obligando a las instituciones de salud a proveer de medicamentos generalmente nuevos, de alto costo y cuyo uso no siempre está respaldado por una sólida evidencia científica. Además, en algunos casos, estos medicamentos no cuentan siquiera con registro sanitario.

Garantía de calidad de los medicamentos :

Durante los últimos ocho años se han observado avances significativos en este aspecto tan crítico del medicamento. En buena medida este progreso ha sido impulsado por la Red Panamericana para la

Armonización de la Reglamentación Farmacéutica (Red PARF), que representa un foro regional en el cual las Autoridades Regulatorias Nacionales, con el apoyo de la OPS/OMS, debaten aspectos regulatorios de interés común y preparan guías armonizadas sobre los temas priorizados por la Conferencia, máxima autoridad de la Red.

Uno de los principales compromisos de la Red PARF es el asegurar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos. Las propuestas son elaboradas por Grupos Técnicos constituidos por especialistas de las autoridades reguladoras y de la industria farmacéutica. Actualmente han sido establecidos doce (12) Grupos Técnicos, entre los que se destacan: Buenas Prácticas de Manufactura, Buenas Prácticas Clínicas, Buenas Prácticas de Laboratorio, Farmacovigilancia, Combate a la Falsificación de Medicamentos y Bioequivalencia.



Los medicamentos seguros salvan vidas

³⁸ Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS): Salud en las Américas 2007, Volumen I –Regional, Publicación Científica y Técnica N°622

Uso racional de medicamentos:

El concepto y las listas de medicamentos esenciales constituyen elementos clave no sólo para favorecer el acceso de la población a los medicamentos necesarios si no también para promover un uso racional de estos insumos sanitarios. Ha sido ya mencionado que la mayor parte de países de la Región cuentan con Listas Nacionales de Medicamentos Esenciales las que son revisadas y actualizadas periódicamente. No obstante, lograr la adherencia a dichas listas de parte de los profesionales de la salud, especialmente prescriptores, representa una tarea ardua sobre todo en los hospitales de alta especialización. Es por ello necesario desarrollar medidas complementarias de carácter educativo, regulatorio y administrativo.



Prescripciones, dosis y usos correctos

Otras estrategias implementadas en los países de la Región, como el establecimiento o fortalecimiento de los Comités de Medicamentos y Terapéutica, la elaboración y uso de Formularios Terapéuticos y de Guías de Tratamiento Estandarizado, no han logrado aún consolidarse como herramientas básicas de promoción del uso racional de medicamentos.

Las prácticas promocionales de la industria farmacéutica siguen representando un difícil reto para las autoridades sanitarias de los países. Las estrategias publicitarias para posicionar los productos farmacéuticos en el mercado, especialmente los de reciente introducción, son cada vez más agresivas tanto a nivel de médicos y farmacéuticos como de los propios pacientes. Una regulación y control poco efectivos conducen no sólo a una calidad

farmacoterapéutica deficiente si no también a gastos innecesarios que pueden ser cuantiosos. La OMS ha incluido, como parte de su Estrategia Farmacéutica, varias recomendaciones sobre el acceso a información independiente, la eliminación de incentivos económicos perversos, la elaboración y aplicación de reglamentos apropiados y la necesidad de que las actividades de promoción farmacéutica se ajusten a los criterios éticos de la Organización³⁹

Entre las experiencias en el campo de la educación y capacitación, el Centro Colaborador de La Plata (Argentina) ha venido preparando a docentes universitarios en la metodología de enseñanza de la farmacoterapia basada en problemas no sólo en Argentina si no también en otros países latinoamericanos como Méjico, Guatemala, Brasil, Perú, Bolivia y Cuba, entre otros. Algunos de estos países, como Brasil, han logrado aplicar y reproducir esta forma moderna de enseñanza a diversos grupos de profesionales de la salud. Debiera, en la actualidad, considerarse como un gran reto para las Facultades de Medicina, la incorporación, en el currículo de estudios, de esta nueva metodología de enseñanza.

En cuanto al ámbito de la comunidad, diversos países como Nicaragua, Bolivia, Costa Rica, entre otros, han llevado a cabo intervenciones educativas prometedoras. En estas actividades participan no sólo los Ministerios de Salud, las Universidades si no también, ONGs y organismos de cooperación internacional comprometidas con la promoción del uso racional de medicamentos como Acción Internacional para la Salud.(AIS).

Por último, el Foro Farmacéutico de las Américas, conducido desde el año 2002 por las Asociaciones Farmacéuticas Nacionales, La Federación Farmacéutica Internacional y OPS/OMS, ha desarrollado, para optimizar el uso de medicamentos por los pacientes, un proyecto sobre Atención Farmacéutica en Hipertensión Arterial a nivel de cuatro países latinoamericanos.

³⁹ Organización Mundial de la Salud: 60ª Asamblea Mundial de la Salud: Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos, Informe de la Secretaría, Marzo 2007

ANEXO:

**EXPERIENCIAS SOBRE MEDICAMENTOS ESENCIALES
EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS**

Numerosos países de la Región han logrado progresos muy importantes en la implementación de estrategias y programas –de nivel nacional, provincial o local– para impulsar tanto el acceso a los medicamentos esenciales como el uso racional.

Existen experiencias que han sido monitoreadas y evaluadas convenientemente y que han logrado mantenerse a través del tiempo.

La presentación de sólo algunas de ellas, no significa que se esté desconociendo el valor de muchas otras que merecerían también ser reconocidas y divulgadas.

POLÍTICAS SUBREGIONALES DE MEDICAMENTOS

Subregión Andina:

En Marzo de 1993, representantes de los Ministerios de Salud de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, con el acompañamiento de delegados de algunas Universidades, ONG, empresas farmacéuticas y de funcionarios de la OPS/OMS, aprobaron en la ciudad de Cartagena, Colombia, el documento de Política de Medicamentos de la Subregión Andina⁴⁰.

Esta política incluye, entre sus principios y conceptos, que *“En los países andinos se ha llegado a un consenso en torno a impulsar dos grandes líneas de política: la primera y fundamental se refiere a la promoción de los MEDICAMENTOS ESENCIALES como el mejor criterio sanitario que se complementa con el estímulo a los programas de MEDICAMENTOS GENERICOS como la mejor alternativa COMERCIAL”*.

Se añade que *“los criterios para definir qué medicamentos son los mejores, desde una perspectiva sanitaria, están suficientemente claros. Los más seguros, de eficacia demostrada, con el mejor balance beneficio-riesgo y de menor precio posible para dar respuesta a los problemas más comunes de salud.”*

Se declara también que *“La racionalidad, tanto terapéutica como económica en la utilización de medicamentos gana enormemente si al uso de listas de medicamentos esenciales se añade en las instituciones, los tratamientos estandarizados”*

En un reciente estudio del Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU), se ha analizado la situación de los medicamentos esenciales en esta subregión. Entre otros resultados, se ha encontrado que 103 medicamentos son comunes a las Listas de Medicamentos Esenciales de los seis países (incluyendo a Chile)⁴¹

MERCOSUR:

En Diciembre del 2000 y en la XI Reunión de Ministros de Salud del Mercosur, Bolivia y Chile en la ciudad de Sao Paulo, se aprobó la Política de Medicamentos para este conjunto de Países Sudamericanos⁴²

Tiene como propósitos y objetivos básicos: ampliar el acceso de la población a los medicamentos, considerando las necesidades de los distintos grupos sociales; garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que circulan en la región; promover la cultura del uso racional de los medicamentos; y crear un ambiente de investigación y desarrollo en el sector que favorezca una mejor inserción de los países en el dominio de la tecnología sectorial.

Entre sus directrices y estrategias relacionadas al Acceso a Medicamentos, se establece que *“Los Estados Partes y Asociados promoverán acciones conjuntas para mejorar la disponibilidad y accesibilidad equitativa, segura y estable de medicamentos esenciales a la población, especialmente a los grupos más excluidos y estratos más vulnerables.”* La selección de medicamentos debe efectuarse con base en el desarrollo de

⁴⁰ Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud: Política de Medicamentos de la Subregión Andina, Cartagena, 1993

⁴¹ ORAS-CONHU: Medicamentos esenciales en los países de la Subregión Andina, Marzo 2006

⁴² Mercosur: XI Reunión de Ministros de Salud del Mercosur, Bolivia y Chile, Acuerdo N.5/00: Política de Medicamentos para el Mercosur, Bolivia y Chile, Dic.2000

una Lista de Medicamentos Esenciales, de tal modo que las instituciones prioricen la producción, el abastecimiento y la prescripción de medicamentos que representen la mejor relación entre calidad, seguridad, eficacia y costo. Se propone la definición de una *Lista Regional de Medicamentos Esenciales Comunes, seleccionados a partir de las Listas Nacionales*, la utilización de los criterios de esencialidad de la OMS, la elaboración de un Formulario Terapéutico Regional en base a la Lista Regional y la promoción de la Lista de Medicamentos Esenciales también en el sector privado.

CARIBE DEL ESTE

COMPRA CONJUNTA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES: LA EXPERIENCIA DE LOS PAÍSES DE LA OECS



Los medicamentos esenciales son para todos

La Organización de Estados Caribeños del Este (siglas en inglés: OECS) se estableció en el año 1981. Esta organización promueve la cooperación, sentimiento de unidad y solidaridad entre sus siete Estados miembros: Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, Monserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y Las Granadinas. Además, las Islas Vírgenes Británicas y Anguila son miembros asociados. La población total es de unos 570,000 habitantes, la mayor parte de ellos de escasos recursos.

En el año 1986 la OECS conformó el Servicio de Adquisiciones Farmacéuticas (siglas en inglés: PPS) cuya misión es la de “optimizar los servicios de salud a nivel de la organización a través de adquisiciones conjuntas y la gestión de productos farmacéuticos y dispositivos médicos. Para este fin se estableció un mecanismo de fondo rotatorio con un aporte inicial del USAID de US\$3.5 millones al que sumó un fondo de los países equivalente a US\$0.7 millones.

Se tiene implementado un proceso de contratación de precios. El OECS / PPS no almacena ni redistribuye los medicamentos si no mas bien, consolida los requerimientos de los países y convoca a proveedores para la licitación a través de un comité representativo. Una vez que se ha adjudicado los contratos regionales de precios y durante el período de tiempo acordado, la OECS / PPS y los proveedores adjudicados serán la única fuente de abastecimiento de los países participantes (una modalidad de monopsonio). Cada gobierno participante mantiene una línea de crédito especial para las compras de medicamentos en un Banco Central Caribeño (ECCB) a través de contratos con la OECS / PPS.

No se han reportado problemas serios en cuanto a la calidad de los productos y aunque aún incipiente, el OECS / PPS ha establecido un esquema de precalificación para los proveedores, en su gran mayoría de genéricos.

El sistema cuenta con una Lista Regional de Medicamentos Esenciales que se aplica a todos los países de la OECS (incluye 462 medicamentos en 515 presentaciones diferentes y suele revisarse anualmente). Cuenta, asimismo, con un Formulario Terapéutico Regional que se actualiza cada tres años y un Comité Técnico Asesor.

El volumen anual de compras (en valores) en el período 1,997 al 2006 se ha incrementado a más del doble habiéndose obtenido ahorros significativos como se puede observar en la evaluación efectuada entre 1998 y el año 2002 (ver cuadro)

Ahorros en el costo (en porcentaje) de las adquisiciones del OECS / PPS en un conjunto de 25 medicamentos de elevado consumo (1998-2002)

	1998	1999	2000	2001	2002
% de ahorro en costos	39.7	38.2	37.1	25.2	44.0

Se ha identificado 10 factores críticos que influyen en el desempeño del sistema:

1. Agencia de compras con credibilidad (staff profesional permanente, procedimientos transparentes, licitaciones internacionales competitivas, etc)
2. Elementos clave comunes (cultura, idioma, el marco de la OECS, otros)
3. Gradualidad en la implementación del proceso
4. Volumen de compras (aunque creciente aún no es suficiente para obtener mayores reducciones de precios)
5. Compromisos político y administrativo
6. Esquema de pago
7. Armonización de políticas farmacéuticas (que incorpora los Medicamentos Esenciales)
8. Aseguramiento de la calidad de los productos (incluye esquema de precalificación)
9. Monitoreo y evaluación
10. Optimización de cuatro componentes básicos del ciclo de suministro (selección, adquisición, distribución y uso).

Dificultades y retos principales:

- Demora en el pago por parte de algunos países
- Adherencia aún inconsistente al esquema de monopsonio
- Las adquisiciones se limitan principalmente a medicamentos. No se incluye a los dispositivos (materiales) médicos como jeringas, catéteres ni insumos para diálisis o para procedimientos odontológicos (todo

lo cual representa aproximadamente un 50% del total de gastos para insumos sanitarios en general)

PERÚ

PROMOCIÓN DEL ACCESO Y USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS A NIVEL COMUNITARIO: LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE MEDICINAS PROVIDA

Desde su creación, en Julio de 1985, el Servicio de Medicinas Pro Vida tiene como misión la promoción de la salud y la defensa de la vida, empleando al medicamento como un instrumento y no como un fin. La iniciativa de agentes pastorales de salud, asumida por la Coordinadora de la Pastoral de Salud de la Comisión Episcopal de Acción Social (CEAS), órgano dependiente de la Conferencia Episcopal Peruana, se materializa ese año mediante la organización de un área de suministro de medicamentos que atendió inicialmente a 32 botiquines parroquiales, situados en zonas urbano marginales de Lima.

En ese entonces el Perú atravesaba una severa crisis económica, agravada por la presencia del terrorismo, que acentuaba el problema de la escasa disponibilidad de medicamentos en los servicios de salud públicos. La red asistencial del Ministerio de Salud, en el primer nivel de atención, no contaba con servicios de farmacia. Esta situación afectaba principalmente a las familias de sectores urbano marginales y rurales.

La provisión inicial de medicamentos por Pro Vida tuvo una demanda creciente de nuevos usuarios pertenecientes a parroquias, organizaciones comunales e instituciones de otros credos religiosos. De este modo se configura *una red* que incluyó, en el año 2000, a no menos de 5,000 botiquines⁴³, brindando atención a alrededor de 1'200,000 personas/año.

⁴³ Botiquines centrales que concentran la provisión de varios pequeños denominados satélites

Acceso a medicamentos esenciales con criterio de equidad

La gestión del suministro inicialmente concentrada en obtener menores precios para los medicamentos, pronto se orientó a la optimización de los tratamientos, empleando conceptos de uso racional de medicamentos.

Un instrumento importante de ese cambio fue la elaboración de un listado (“*petitorio*”) de *medicamentos esenciales* con lo que se mejoró los procesos de compra y almacenamiento y se facilitó la capacitación para su uso. Esta lista (petitorio) de alrededor de 80 medicamentos, fue elaborada inicialmente por un reconocido equipo de médicos y farmacéuticos. Tomó como base la *Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS*, considerando los problemas sanitarios más comunes y otras particularidades del país.

Otros aspectos relevantes de la gestión institucional a favor del acceso a fármacos esenciales son:

- El mantenimiento de un fondo rotatorio, que permite ofertar las cantidades necesarias de medicamentos a la red de usuarios
- El crédito a los botiquines, dotándolos de un instrumento financiero que permite mayor sostenibilidad.
- Una política social de precios
- La participación de la comunidad organizada a través del promotor de salud capacitado

A consecuencia de la creciente demanda y ante el riesgo de convertirse en un instrumento del mercado farmacéutico, Pro Vida, se orientó a un manejo más eficaz de estos recursos estratégicos. Para ello cautela la eficacia terapéutica y económica, diferenciándose de un simple operador logístico. En ese contexto, se organiza el Área de Educación y Promoción, a cargo de un equipo multidisciplinario, responsable de desarrollar capacidades y competencias en la población, promotores y trabajadores de salud, con énfasis en prescriptores médicos⁴⁴.

⁴⁴ Se enfatiza la labor con médicos que laboran en zonas rurales y urbanas marginales.

La comunidad se apropia del conocimiento

La labor de capacitación se inicia en 1985, aplicando la metodología participativa, permitiendo que educando y educador se coloquen en un plano de igualdad. De este modo se promueve la autonomía en los agentes comunitarios y ciudadanos, elemento clave para que tomen sus decisiones, en un contexto social complejo.

El carácter lúdico de esta metodología resultó apropiado para adultos, posibilitando que el lenguaje técnico sea sencillo y comprensible. Además, permitió en Lima, una transferencia de capacidades educativas a la comunidad, a través de promotoras capacitadoras, quienes asumieron, de manera sistemática, la formación de otros agentes comunitarios de salud.

En provincias, la labor tuvo sus particularidades y sirvió para consolidar a las Asociaciones de Promotores organizadas, además de otros espacios de trabajo comunitario en la costa, sierra y selva del Perú. La organización y consejería de estos grupos tenían como actores importantes a los Asesores (religiosos o profesionales) que acompañaban el proceso en cada lugar.

Pro Vida entendió que el Responsable del Botiquín, debería ser un promotor de salud comprometido en mejorar la salud de su comunidad.

Cursos dirigidos a promotores de salud

Curso	Nombre
I	El botiquín y la comunidad
II	Aprendiendo a manejar medicamentos de 1º nivel (cursos I y II)
III	Administración y gestión del botiquín
IV	Problemática del medicamento
V	Metodología educativa
VI	Medicina tradicional

Pro Vida también ha desarrollado actividades para informar y educar al público en el cuidado de la salud y el uso racional del medicamento.

Con este fin emplea programas de radio y textos motivadores sobre temas relacionados, en reuniones de las organizaciones de base de las comunidades. Asimismo, en las escuelas se utiliza una metodología innovadora, capacitando al maestro y al promotor de salud, y estos a su vez a los alumnos y padres de familia respectivamente. Este método permite un ciclo de información – educación sobre promoción de la salud y empleo del medicamento.

Otros ámbitos de acción de pro vida:

Actividades dirigidas a trabajadores de la salud incluyendo profesionales, técnicos y estudiantes de Medicina y Farmacia

La metodología empleada es participativa, mediante seminarios – talleres. Se emplea la metodología de aprendizaje basado en la solución de casos relacionados con el uso de medicamentos. Se ha contado, en diversas oportunidades, con la valiosa participación y asesoramiento de expertos internacionales como el profesor Gianni Tognoni, del Instituto Mario Negri de Italia.

La producción intelectual de Pro Vida ha permitido la publicación de *Módulos de Capacitación en Uso Racional de Medicamentos, Vademécum Farmacológico, Manual de Terapéutica Médica*, entre otros. Particular mención merece la *Revista Medicamentos y Salud Popular*, luego denominada *Revista de Salud y Medicamentos*, que brinda un espacio de información independiente sobre temas de salud y terapéutica. La misma incluye investigaciones originales en farmacoepidemiología.

Pro Vida ha contribuido en varias oportunidades con el Ministerio de Salud tanto en labor de capacitación, transferencia de tecnología educativa (en uso racional de medicamentos) y evaluaciones del sistema de suministro y utilización de medicamentos en el país. Estos aportes solo son posibles gracias a la colaboración de ciudadanos, promotores, trabajadores de salud y diferentes agencias de cooperación internacional, que han permitido cumplir la misión institucional de servicio solidario, promoviendo la equidad en salud.

GUATEMALA

REVISIÓN DE LA LISTA NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES: INCORPORACIÓN DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Antecedentes:

Con el fin de garantizar un suministro regular de medicamentos que aporten beneficios reales y generen una mayor confianza en los usuarios de las instituciones del sector público de salud, las autoridades del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) solicitaron a la OPS/OMS apoyar la elaboración de una propuesta de listado nacional de medicamentos esenciales para dar respuesta a la morbilidad atendida por ambas instituciones.



Los medicamentos esenciales son para todos

Para ello se conformó un grupo ad hoc multidisciplinario en el cual estuvieron involucrados: profesionales expertos en el tema de las siguientes instituciones, IGSS: Asistencia farmacéutica, Sección de Epidemiología y Departamento de Auditoría de Servicios de Salud; Ministerio de Salud: Departamento de Registro y Control de Productos Farmacéuticos y afines, Asesoría de Medicamentos, Programa Nacional de Farmacovigilancia; Universidad de San Carlos de Guatemala: Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias Médicas, Centro Guatemalteco de Información

de Medicamentos, de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, y Programa de Medicamentos Esenciales de OPS/OMS Guatemala.

Previo al inicio del trabajo se dio a conocer el formato de declaración de intereses y se solicitó su firma, si procedía, a todos los participantes. Posteriormente el grupo conoció la información epidemiológica y los programas de atención de ambas instituciones, la situación del medicamento en el Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social e investigaciones realizadas por expertos extranjeros en relación a la selección y uso de medicamentos en el sector público de salud, lo cual sirvió de base para contextualizar el proceso de selección de medicamentos.

Objetivo:

Elaborar una propuesta de lista nacional de medicamentos, basada en la mejor evidencia científica disponible, que sirva de documento base al Comité Terapéutico Nacional y al Comité Terapéutico Central del IGSS.

Metodología:

- 1) Establecimiento de los Criterios de Selección de Medicamentos.
- 2) Consideración de dos listados como referencia inicial, el listado vigente de contrato abierto y el listado de medicamentos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- 3) Comparación con la la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS (14° edición de marzo de 2005) luego de integrar ambas listas.
- 4) Ordenamiento de los medicamentos incluidos en la base de datos de acuerdo a la clasificación anatomo-terapéutica ATC.
- 5) Selección de las fuentes primarias y secundarias de información a ser consultadas. (BMJ, LANCET, BULLETI GROC y otras).
- 6) Revisión de las propuestas de Guías de Práctica Clínica de la Caja Costarricense del Seguro social, del National institute for

Health and Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido, de la Organización Mundial de la Salud y otras.

- 7) Consulta a Bibliotecas Especializadas: Pubmed, Cochrane Plus, Trip Data Base, Sietes, Medical Letter, International Source of the Best Available Evidence for Effective Health Care BMJ, Bandolier, WHO Essential Medicines Library y otras fuentes.
- 8) Revisión de los informes 13° y 14° del Comité de Expertos de la OMS en Selección de Medicamentos Esenciales.
- 9) Se consideró las recomendaciones contenidas en informes de expertos internacionales y se estableció comunicación con expertos nacionales.
- 10) Acceso a la base de datos SIAMED (con información de medicamentos con registro sanitario en el país) para verificar la disponibilidad de los mismos.
- 11) Utilización, como referencia, de los listados nacionales e internacionales de precios (se efectuó cálculos de costo por tratamiento cuando ello fue requerido).
- 12) Discusión y toma de decisión sobre los medicamentos a ser incluidos, excluidos o modificados, en la propuesta de listado nacional de medicamentos, respaldada con la mejor evidencia científica disponible.

Desarrollo:

La propuesta se elaboró mediante un proceso sistematizado, en base a un sólido respaldo técnico y científico, que permitió la identificación de los productos farmacéuticos con la mejor evidencia disponible, en cuanto a seguridad y eficacia. Se tomó en cuenta las recomendaciones para impulsar la accesibilidad de medicamentos esenciales por la población guatemalteca.

El grupo ha propuesto clasificar los medicamentos en dos listados, uno básico y otro complementario. El listado básico, incorpora medicamentos esenciales, mínimos necesarios para un sistema

básico de atención de salud, incluyendo los más eficaces, seguros y eficientes para el tratamiento de las enfermedades prioritarias.

En el listado complementario se incluyen los medicamentos esenciales para enfermedades prioritarias que requieren de medios diagnósticos, vigilancia y asistencia o formación médica especializada.

En el caso de los medicamentos con similar acción terapéutica (sin diferencias significativas en cuanto a eficacia, seguridad y conveniencia), ellos figuran en el listado en una misma categoría farmacológica, lo que permitirá seleccionar la mejor opción disponible y al menor costo.

A la base de datos, integrada por los diferentes listados, se aplicó las siguientes categorías: a excluir, cuando la revisión de la evidencia no avalaba el uso del medicamento y a modificar cuando se requirió cambios en la concentración, forma farmacéutica, presentación o integración en una misma categoría terapéutica, como se detalla en documento adjunto al listado.

Recomendaciones:

- Con el fin de contar con un proceso sistematizado para la selección de medicamentos del Listado Nacional de Medicamentos Esenciales se recomienda emitir un marco legal que contemple:
 - a) Conformación del Comité Terapéutico Nacional
 - b) Perfil de los participantes
 - c) Normas de funcionamiento
 - d) Declaración de intereses
 - e) Criterios de selección de medicamentos
 - f) Criterios de inclusión, modificación y exclusión de medicamentos.
- En relación a la conformación del Comité Terapéutico Nacional se recomienda que esté constituido por 8 a 12 miembros que pertenezcan a las instituciones públicas de salud y a las escuelas formadoras de profesionales de salud, los cuales deben

ser elegidos por sus respectivas autoridades conforme al siguiente perfil: amplia experiencia en cualquiera de las siguientes áreas: farmacología clínica, medicina clínica, salud pública, desarrollo de guías de atención, búsqueda sistemática de literatura científica, análisis de riesgo beneficio y costo eficacia.

- Se recomienda la utilización de los formatos de inclusión, modificación y exclusión de medicamentos y de revisión sistemática para solicitudes de inclusión, modificación y exclusión que han sido elaborados en el presente proceso.
- Apoyar y facilitar el funcionamiento del comité a fin de permitir el acceso a guías clínicas de atención nacionales o internacionales provenientes de organizaciones de alta credibilidad e independencia así como de fuentes de información que facilite la búsqueda sistemática de información basada en la mejor evidencia científica.
- A fin de asegurar la cabal aplicación de los listados se enfatiza la responsabilidad del rector de la salud en el país de establecer las estrategias y programas necesarios para garantizar la disponibilidad de medicamentos de calidad en los servicios de salud.

ARGENTINA

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE FORMADORES EN FARMACOTERAPÉUTICA BASADA EN PROBLEMAS: LOGROS DEL CENTRO COLABORADOR DE LA OPS/OMS EN LA PLATA

El programa de formación de docentes, para la enseñanza de la Farmacoterapia basada en problemas y en la evidencia, se puso en marcha a partir del año 1999. En ese año, la OMS propuso al Centro de Farmacología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de la Plata, para el dictado de este curso. Luego, fue

designado como Centro Colaborador de OMS/OPS para el desarrollo de cursos destinados a capacitar y entrenar a formadores de docentes de las Facultades de Medicina de Latinoamérica y el Caribe.

La meta asumida consiste en catalizar un cambio en el proceso de enseñanza-aprendizaje de Farmacología y Terapéutica, basados en la experiencia del Departamento de Farmacología de Groningen, Holanda, utilizando como libros de referencia la Guía de la Buena Prescripción y la Guía del Profesor para la Buena Prescripción de la OMS/OPS. Se trata de renovar la enseñanza, orientándola para que el aprendizaje se centre en el estudiante-médico y esté basada en la adquisición de criterios y metodología para abordar y resolver los problemas de salud prevalentes de nuestras poblaciones, utilizando las mejores evidencias disponibles y colocando al paciente con su problema de salud en el centro del escenario.



La seguridad es lo primero

Se han capacitado docentes provenientes de numerosos países de Latinoamérica y el Caribe tales como Guatemala, Perú, Bolivia, El Salvador, Honduras, República Dominicana, Nicaragua, México, Brasil, Chile Uruguay, Cuba y Argentina. Considerando que el curso está orientado a optimizar la prescripción, el 89% de los profesionales capacitados fueron médicos.

Durante el entrenamiento el futuro facilitador experimenta con la participación de estudiantes de farmacología del lugar, lo que otorga al curso un

valor agregado y es el hecho de que un grupo de estudiantes en cada curso experimenta una nueva forma de aprender que lo motiva significativamente y lo transforma en una herramienta de cambio en su institución universitaria. Con la finalidad de obtener un impacto más rápido sobre la prescripción de los médicos que ya se encuentran en servicios de salud, se capacitan también médicos-multiplicadores (Brasilia 2000 y Argentina 2004-Primer Nivel de Atención) que se comprometen a ser facilitadores de sus pares. Participantes de este curso provenientes de Perú, Brasil y Uruguay han obtenido logros en sus respectivos países efectuando actividades de envergadura creciente a nivel nacional y en algunos casos, consiguieron incorporar un curso de uso racional del medicamento en el currículo de su Facultad.

Con la misma metodología y criterios de trabajo, el Centro desarrolla en Argentina cursos-talleres cortos y cursos anuales, dirigidos a médicos de atención primaria de la salud y de servicios hospitalarios, habiéndose capacitando en los últimos 3 años un número de 1500 médicos, muchos de los cuales se transforman en multiplicadores de actividades similares en sus hospitales y unidades de atención primaria, con los profesionales del lugar. Otro avance a destacar para la región es el hecho que a partir del 2005 el Ministerio de Salud de la Nación en Argentina implementó un curso de Educación a distancia para profesionales de salud del primer nivel de atención, sobre el uso racional de los medicamentos basados en esta misma metodología. Se capacitaron, en un periodo de 2 años, 4500 médicos de atención primaria con la participación de docentes de 23 Universidades del país. Es un logro importante haber podido introducir los conceptos de medicamentos esenciales y uso racional de los medicamentos a través de la participación de docentes de un número importante de Universidades del país.

Es necesario destacar la necesidad de que en la Región se consoliden acciones integradas de Universidades con Ministerios de Salud, la OMS/OPS y la comunidad en general, para garantizar la continuidad de estas actividades educativas y permitir así alcanzar un impacto positivo sobre

la prescripción de los medicamentos y su uso en la atención de la salud.

BRASIL

PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS : LOGROS EN LA EDUCACIÓN A PROFESIONALES DE LA SALUD

Los esfuerzos gubernamentales y privados del Brasil en cuanto a la promoción del uso racional de medicamentos son reconocidos actualmente como un hecho notable a nivel internacional. Uno de los logros más importantes ha sido el reciente establecimiento, en junio de 2007, del Comité Nacional para la Promoción del Uso Racional de Medicamentos. Este organismo tiene carácter multisectorial e interdisciplinario e incorpora a representantes del Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Salud, el Instituto de Defensa del Consumidor, Consejos Federales de Medicina, Farmacia y Odontología, Consejos Nacionales de Secretarios de Salud y Secretarios Municipales, entre otras instituciones. En concordancia con los principios y directrices del Sistema Único de Salud, este comité impulsará en los diferentes sectores, el uso racional del medicamento a través de diferentes estrategias (educación, divulgación de material informativo relevante, aplicación de mecanismos de monitoreo y evaluación, entre otras).

En cuanto a los logros en educación en uso racional del medicamento, la reforma del sistema educativo brasileño de la década de los 70 eliminó la disciplina de la Terapéutica del currículo de las Escuelas de Medicina. Ello, sumado a los Cursos de Farmacología con una orientación básica y alejada del contexto clínico, facilitó la actividad promocional, generalmente agresiva, de la industria farmacéutica en los profesionales médicos y contribuyó de modo decisivo en el mantenimiento de prácticas inapropiadas de prescripción.

A fin de revertir esta situación, entre 1999 y el año 2001, la OPS/OMS financió la participación

de un grupo de profesionales de la salud en los Cursos Latinoamericanos de Enseñanza de la Farmacoterapia Racional organizados por la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata en Argentina. Estos cursos, dirigidos principalmente a médicos y farmacéuticos, tuvieron su origen en los Departamentos de Farmacología Clínica de las Universidades de Groningen y Amsterdam (Holanda) y fueron auspiciados por la OMS. Se utilizaron dos textos básicos: la Guía para una Buena Prescripción y la Guía para el Educador de la Buena Prescripción. La metodología resulta innovadora al incorporar el enfoque de problemas, la medicina basada en la evidencia y los principios de la selección y uso racional de medicamentos (incluyendo entre otros aspectos, la individualización de la terapia).

La réplica inicial de esta metodología en el Brasil se efectuó a fines del año 2000 con los manuales de enseñanza traducidos del español al portugués. En Mayo del 2002 se organizó en la ciudad de Petrópolis (Estado de Río de Janeiro), un curso para 39 profesores universitarios y profesionales médicos y farmacéuticos. Siguió, a continuación, cursos en diferentes regiones del país. Se diseñó, incluso, un Curso de Entrenamiento Virtual para el Uso Racional de Medicamentos.

Entre Mayo de 2002 y Abril de 2006, con participantes de 21 de los 27 Estados Brasileños, se llevaron a cabo un total de 16 cursos a nivel nacional, regional, estatal e institucional. Participaron 462 profesionales de la salud y , como colaboradores, 309 estudiantes universitarios. Adicionalmente, se dictaron 4 cursos específicos para prescriptores que tuvieron carácter regional y fueron organizados por instructores locales comprometidos con la metodología y la amplia disseminación del conocimiento. La utilización de instructores locales representa una estrategia muy importante en el Brasil por su dimensión continental y contribuye a los fines de incrementar la autonomía geográfica disminuyendo a la vez, los costos.

La idea de seleccionar profesores como la población objetivo fue acertada. La multiplicación de las actividades ha ocurrido principalmente a iniciativa de participantes de universidades. La

conformación de grupos multiprofesionales ha contribuido a reforzar el trabajo en equipo de los profesionales de la salud.

Esta valiosa experiencia educativa ha impulsado y apoyado otras acciones y estrategias de promoción del uso racional de medicamentos como, por ejemplo, la revisión de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME) y varias publicaciones sobre temas de farmacología clínica y uso apropiado de los medicamentos.

En Octubre de 2005 y 2007 se realizaron, con gran interés de la población, dos Congresos Brasileños de Uso Racional de Medicamentos en Porto Alegre y Florianópolis, respectivamente, estando programado uno próximo, en Octubre de 2009, en Fortaleza.

Por último, es digno de ser resaltado, el respaldo político y financiero para los cursos por parte de instituciones comprometidas con el uso racional del medicamento, como el Ministerio de Salud, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, diferentes Universidades, Secretarías de Salud Estatales y Municipales y Organismos de Cooperación Técnica Internacional como OPS/OMS y el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido.

NICARAGUA

“BUSCANDO REMEDIO”: UNA VALIOSA HERRAMIENTA PARA LA ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD Y EL USO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES

“La primera raíz del libro es su aceptación del riesgo de mezclar dos géneros de conocimiento: la farmacología y la atención comunitaria, para generar actitudes y estrategias de acción que permitan un acercamiento integrado a los problemas de la gente. Los medicamentos no tienen derecho de existir, sino como instrumento de servicio; sueño de un derecho de salud que sea prioritario con respecto a los derechos del mercado” (Prof. Gianni Tognoni)

Se trata de una experiencia exitosa de 20 años de cooperación Ministerio de Salud-ONG-OPS para la producción y utilización de información sobre atención básica y uso apropiado de medicamentos esenciales en los servicios locales de salud.

El proyecto de elaboración del libro *Buscando Remedio* nació en 1988, de la necesidad de contar con documentos de referencia para el desarrollo de programas de enseñanza basados en la resolución de problemas y para la educación permanente del personal de salud que atiende a las personas en las unidades del primer nivel de atención, incluyendo al personal de enfermería que trabaja en puestos de salud muy aislados. Este proyecto, coordinado por AIS Nicaragua, fue desarrollado desde su inicio en coordinación con el Ministerio de Salud y la OPS/OMS.

El texto *Buscando Remedio* es una guía práctica que incluye las principales normas de atención y uso de medicamentos del Ministerio de Salud (MINSAL) de Nicaragua y se lo ha aplicado desde 1991 en los servicios de salud, ONGs y centros de formación (Escuelas de Medicina, Farmacia y Enfermería). Su contenido se actualiza cada cinco años.

Constituye uno de los principales textos de referencia propuestos por el MINSAL para desarrollar la Estrategia Nacional de Fortalecimiento de la Atención en Puestos de Salud y el Proceso de Autoaprendizaje sobre Uso Racional de Medicamentos. El texto se ha empleado en el taller de inducción que reciben, a nivel nacional, los médicos y enfermeras que ingresan al servicio social.

Buscando Remedio es distribuido, actualmente, a través del Programa PALTEX de la OPS en diferentes países de América Latina. Ministerios de Salud de tres países (Ecuador, Bolivia y Guatemala) han realizado adaptaciones del texto y se ha preparado una versión para la República de Mozambique.

Se ha llegado a distribuir más de 40,000 ejemplares de la publicación original nicaragüense. Se espera que con la nueva edición del 2008 se continúe contribuyendo a la salud comunitaria y al uso apropiado de los medicamentos esenciales.

PERÚ

EVALUACIÓN RÁPIDA DE LOS NIVELES DE RACIONALIDAD DEL USO DE MEDICAMENTOS

Como una estrategia para promover el uso apropiado de medicamentos y para reforzar la Política Nacional de Medicamentos⁴⁵, la *Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del Ministerio de Salud (DIGEMID-MINSA)* llevó a cabo, en el año 1996, una evaluación rápida de la situación farmacéutica nacional que incluyó un conjunto de indicadores relacionados con el uso racional de medicamentos. Se tuvo como objetivo, evidenciar aspectos críticos que pudiesen requerir intervenciones específicas por parte de la Autoridad Sanitaria así como proveer información de base para futuras evaluaciones.

La metodología empleada fue la de Management Sciences for Health⁴⁶ que incluye un conjunto de 46 indicadores sobre 8 temas diferentes. Nueve indicadores estaban relacionados con los niveles de acceso y uso de medicamentos. La recolección de datos, a cargo de equipos de profesionales farmacéuticos se realizó en 4 regiones escogidas en forma aleatoria, según las pautas de la metodología antes referida. Luego de aproximadamente nueve años, en el 2005 se repitió la evaluación empleando la misma metodología e instrumentos. Esta vez el objetivo principal fue evidenciar si se habían producido algunos cambios en la situación farmacéutica, de acuerdo a los mismos indicadores aplicados en el primer estudio.

Se presenta y analiza, en esta oportunidad, sólo 6 de los indicadores -relacionados con los niveles de racionalidad en el uso de medicamentos- de ambos estudios. (ver cuadro adjunto). Se puede apreciar,

considerando los promedios de los resultados de los tres niveles de atención del MINSA, que para el indicador sobre el *número promedio de medicamentos prescritos en las consultas de los establecimientos del MINSA* no hubo cambio significativo y el relacionado con el *porcentaje de antibióticos prescritos en esos establecimientos* reveló un incremento en el uso de estos fármacos, especialmente en los centros de salud.

Por otro lado, cuatro de los seis indicadores expresaron una mejoría significativa de: la prescripción por nombre genérico (DCI), la adherencia a la Lista (“Petitorio”) Nacional de Medicamentos Esenciales, el uso de formas inyectables en la consulta ambulatoria y en el porcentaje de medicamentos prescritos y que fueron dispensados en los establecimientos del MINSA.

Los mejores niveles de racionalidad, objetivados, en el estudio del 2005, podrían ser explicados a varios factores, entre ellos:

- Creación, en el Órgano Oficial de Regulación de Medicamentos (DIGEMID/MINSA), de la Dirección de Acceso y Uso de Medicamentos que tiene como una de sus responsabilidades principales, promover la utilización racional de los medicamentos.
- Aplicación de diversas medidas (principalmente regulatorias y educativas) para impulsar el uso racional de medicamentos a nivel de profesionales y de la comunidad.
- Revisión periódica de la Lista (Petitorio) Nacional de Medicamentos Esenciales y difusión del Formulario Nacional de Medicamentos Esenciales a nivel nacional .
- Conformación de Comités Farmacológicos en todas las Direcciones de Salud, Institutos Especializados y Hospitales a nivel nacional.
- Mejora en la disponibilidad de medicamentos en los establecimientos de salud (gracias,

⁴⁵ Gobierno del Perú: Ministerio de Salud: Política Nacional de Medicamentos, Dic.2004

⁴⁶ Management Sciences for Health/ Rational Pharmaceutical Management Project: Rapid Pharmaceutical Management Assessment: an indicador-based approach, MSH/RPM, 1995

principalmente a la implementación del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos (SISMED).

- Implementación del Seguro Integral de Salud (financiado por el gobierno) que sólo reembolsa los medicamentos de la Lista Nacional.

Cuadro: Evaluación con indicadores del nivel de racionalidad en el uso de medicamentos en el Perú (DIGEMID/MINSA), 1996 y 2005*

No	Indicador	Hospitales		Centro de Salud		Puesto de Salud		Promedio	
		1996	2005	1996	2005	1996	2005	1996	2005
1	Número promedio de medicamentos prescritos por encuentro curativo en consultorios externos de establecimientos asistenciales del Ministerio de Salud	2,0	1,9	1,5	1,7	2,2	2,0	1,9	1,9
2	Porcentaje de medicamentos prescritos de acuerdo con su nombre genérico en establecimientos asistenciales del Ministerio de Salud	31,0	72,0	58,0	86,0	53,0	93,0	48,0	86,0
3	Porcentaje de medicamentos prescritos a partir de la Lista de Medicamentos Básicos en establecimientos asistenciales del Ministerio de Salud	45,0	74,0	63,0	92,0	65,0	93,0	58,0	88,6
4	Porcentaje de pacientes atendidos en consultorios externos de establecimientos del Ministerio de Salud a quienes se les prescribieron inyectables	34,0	26,0	24,0	13,0	27,0	17,0	29,0	17,3
5	Porcentaje de pacientes atendidos en consultorios externos de establecimientos del Ministerio de Salud a quienes se les prescribieron antibióticos	40,0	49,0	41,0	62,5	67,0	60,0	49,0	59,0
6	Porcentaje de medicamentos prescritos y efectivamente despachados en establecimientos asistenciales del Ministerio de salud	38,0	58,7	57,0	82,0	40,0	85,0	45,0	78,5

*Cuadro elaborado por el Area de Uso de Medicamentos, DEaum-DIGEMID-MINSA, 2007

Un hecho particularmente importante ha sido la promulgación, por primera vez en el país, de la Política Nacional de Medicamentos en Diciembre de 2004, que tiene como uno de sus tres componentes, la promoción del uso racional de medicamentos.

Entre los comentarios que podrían hacerse en base a esta experiencia es que este tipo de evaluaciones rápidas es factible de realizar con una inversión económica y de RRHH razonable y que su repetición en el tiempo permite apreciar, algunos problemas críticos (en este caso el incremento del uso de antimicrobianos en los

centros de salud) así como ciertos progresos (como por ejemplo el aumento en el número de prescripciones con nombre genérico), evaluando, además, el impacto que podrían tener algunas de las intervenciones aplicadas por las autoridades sanitarias. Cabe resaltar que el disponer de un organismo institucionalizado en la estructura del MINSA dedicado a impulsar el uso adecuado de medicamentos así como el respaldo de las autoridades del sector a las acciones emprendidas por este organismo, representan logros importantes en el difícil campo de la promoción del uso racional de medicamentos.

ARGENTINA

“REMEDIAR”: PROGRAMA INTEGRAL DE PROMOCIÓN DEL ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

El programa Remediar fue establecido por el gobierno argentino a partir del año 2002, como una estrategia para asegurar el acceso a medicamentos esenciales en la atención primaria de la salud. Representó, en sus inicios, una de las medidas más importantes para enfrentar, en el área de la salud, las graves consecuencias que produjo la crisis económica y social de los años 2002 y 2003.

Este programa de carácter federal, se orientó hacia la población de menores recursos y tuvo la finalidad de brindar un acceso gratuito a un conjunto de medicamentos esenciales suficiente para atender a la mayor parte de pacientes que acudían a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). Se esperaba alcanzar, de manera gradual, una cobertura farmacéutica para el 80% de los motivos de consulta ambulatoria. La población objetivo fue estimada en unas 15 millones de personas que estaban total o parcialmente marginadas del sistema de salud. El financiamiento se logró con préstamos del BID y con recursos del gobierno nacional. Se tenía asegurada la provisión de medicamentos hasta finales del 2006.

Se implementó un esquema de distribución de botiquines con 47 medicamentos a más de 5,300 CAPS. Los botiquines son remitidos directamente a los centros de atención. Los medicamentos bajo denominación común internacional fueron adquiridos por licitación internacional encargada al PNUD y se contó con un distribuidor privado para preparar los botiquines y hacer llegar directamente los medicamentos a los CAPS. Se ha establecido un sistema de control y monitoreo estricto de la gestión y se practican auditorías en forma periódica las que incluyen visitas a pacientes para verificar la conformidad de la recepción de medicamentos. Además, Remediar tiene una red de control social mediante un convenio con Cáritas y la Cruz Roja.

Las prescripciones de los médicos se realizan en formularios elaborados por Remediar y es posible llevar a cabo evaluaciones de las prácticas de prescripción en los CAPS. A fin de promover la racionalidad en el uso de medicamentos por los médicos se ha desarrollado un amplio programa de capacitación en todo el país que ha contado con el apoyo del prestigioso equipo docente de la Universidad de La Plata.

El Programa Remediar tiene un enfoque integral y ha incorporado las siguientes estrategias básicas: el fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud, la selección racional de medicamentos, la instrumentación de procesos de compra centralizada, la distribución directa a los centros de salud, la promoción del uso racional de medicamentos, la gestión compartida, un control y vigilancia intensivos, entre otras.

Se ha logrado, a través de esta iniciativa gubernamental, un impacto sobre el acceso de la población de escasos recursos a los medicamentos esenciales para las enfermedades más frecuentes en la atención primaria de la salud. En una encuesta realizada en los CAPS en el año 2003 se estableció que 82% de los beneficiarios del Programa Remediar estaban bajo la línea de pobreza y 84% no contaban con cobertura de seguro de salud. Asimismo, en ese mismo año, algo más del 70% de las prescripciones eran con el nombre genérico del medicamento. El programa ha logrado también una mayor eficiencia en las adquisiciones de medicamentos y ha fortalecido el rol de los CAPS.

No obstante lo anteriormente descrito, el Programa Remediar tiene por delante algunos retos como el asegurar el financiamiento a futuro; el lograr un mejoramiento sustantivo y duradero de los niveles de racionalidad en prescriptores y pacientes; el asegurar que la composición y el tamaño de los botiquines se ajusten a las necesidades reales de medicamentos de los CAPS.

COLOMBIA

LISTA DE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE COLOMBIA: MÁS QUE UNA TRADICIÓN

El concepto de medicamento esencial fue introducido en Colombia de manera casi simultánea a la aprobación de la primera Lista Modelo de Medicamentos Esenciales. La primera lista colombiana de medicamentos esenciales fue adoptado por el Instituto de Seguros Sociales (ISS), en ese momento el referente de seguridad social de los trabajadores con vinculación laboral formal en el país.



Imprescindible para todos indispensables en todas partes

La lista del ISS, se sustentaba en una regulación del año 1963, considerada de avanzada para la época, en la que se establecía la expedición de licencias, la fabricación y la venta de productos farmacéuticos básicos bajo su nombre genérico o técnico con el propósito de reducir el precio de esos medicamentos⁴⁷.

Dicha lista, con modificaciones y adaptaciones derivadas de la lectura de la realidad epidemiológica nacional y la aplicación de los criterios de selección de medicamentos de la OMS, dio origen al Formulario Terapéutico Nacional⁴⁸ el cual además de incluir la

lista de principios activos en Denominación Común Internacional, incorporaba también la información terapéutica y farmacológica de cada producto.

El Formulario Terapéutico Nacional fue realizado por médicos y farmacéuticos farmacólogos de reconocida independencia, algunos de los cuales conforman en la actualidad la comisión de expertos asesores del Instituto Nacional de Medicamentos –INVIMA- quienes emiten los conceptos sobre la pertinencia de la comercialización de medicamentos nuevos en el territorio colombiano.

Posteriormente la Ley 100 de 1993 estableció que el Sistema General de Seguridad Social de Salud de Colombia (SGSSS) debería crear las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) para todas las personas en el territorio nacional antes del año 2001 y proveer los medicamentos esenciales en su presentación genérica⁴⁹.

La definición y adopción de una lista de medicamentos esenciales (Lista POS) tuvo como resultado una drástica reducción en el espectro de presentaciones y principios activos (moléculas) demandados por el SGSSS y de clases terapéuticas atendidas⁵⁰.

Así mismo, a partir de la ley 100 se generaron cambios evidentes en la estructura del mercado farmacéutico. En 1995 los medicamentos de marca correspondían al 70% y los genéricos el 15% del mercado privado, con una tendencia de aumento de la prescripción de medicamentos POS, de los 200 productos mas vendidos su participación pasó

Formulario Terapéutico Nacional

⁴⁹ República de Colombia. Ley 100 de 1993, 23 Dic.1993. Diario Oficial de la República de Colombia; 1993. (D.C. 41.148). Hallado en: http://www.secretaria.senado.gov.co/leyes/L0100_93.htm. Acceso 16 de noviembre de 2006

⁵⁰ Estudio de la Política de precios de medicamentos en Colombia. Econometría S.A., Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, ANDI, ASINFAR, AFIDRO, Ago.2005

⁴⁷ República de Colombia, Ministerio de Salud. Decreto 0291,1963. Santa Fe de Bogotá, 1963

⁴⁸ OPS/OMS, MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA.

del 36 al 44% entre el 2000 y el 2001^{51, 52}, con las consecuentes mejoras en el acceso.

Hoy, la lista de medicamentos esenciales, conocida como listado POS⁵³ es de obligatoria provisión para las personas que se encuentran afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud, que representa más del 70% de la población colombiana.

Finalmente, cabe destacar que aunque en el marco general del sistema persisten inequidades en el acceso a los medicamentos, la lista de medicamentos esenciales de Colombia más que una tradición, ha sido una importante herramienta para promover el acceso a los medicamentos y orientar la prescripción hacia la racionalidad y la eficiencia.

⁵¹ Medición indicadores de política farmacéutica. OPS MINPROTECCIÓN SOCIAL. 2003. Defensoría del Pueblo. Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud Percibida por los Usuarios. Bogotá, Colombia, 2003

⁵² IMS HEALTH – INTERDATA S.A. 1995-2000.

⁵³ Ministerio de la Protección Social. Acuerdo 336 de 2006 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Colombia

Diseño e impresión

S I N C O
editores

Jr. Huaraz 449 - Breña
Telf. 433 5974 / 333 2733
sincoeditores@yahoo.com