

EFECTOS DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE ECUADOR

Edgar Barillas

Mayo 2005



MANAGEMENT SCIENCES for HEALTH
RPM Plus | Rational Pharmaceutical Management Plus



Este informe ha sido preparado gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo los términos del convenio cooperativo número HRN-A-00-00-00016-00. Las opiniones expresadas en el presente corresponden a los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Acerca de RPM Plus

El Programa Rational Pharmaceutical Management Plus (RPM Plus) trabaja en más de 20 países en vías de desarrollo con el objetivo de proporcionar asistencia técnica para fortalecer los sistemas de gestión de medicamentos e insumos para la salud. El programa ofrece guías técnicas y ayuda para desarrollar estrategias e implementar programas tanto para mejorar la disponibilidad de insumos de salud—medicamentos, vacunas, suministros y equipo médico básico—de calidad garantizada para la salud maternal e infantil, el VIH/SIDA, las enfermedades infecciosas y la planificación familiar, así como para promover el uso apropiado de insumos de salud en los sectores públicos y privados.

Resumen

La reforma del sector salud en Ecuador ha estado condicionada por la modernización y descentralización del Estado y una serie de iniciativas dispersas en el sector salud que recientemente están tratando de ser articuladas alrededor de una Agenda Nacional de Salud. La iniciativa que mayor efecto ha tenido en la gestión del suministro de medicamentos es la descentralización de las compras. A pesar del alto grado de discrecionalidad que se otorgó a los entes descentralizados en las decisiones de gestión y administración de recursos, los datos recopilados señalan una situación alentadora en la gestión del suministro de medicamentos; considerablemente mejor que la encontrada por RPM en 1994. Los datos señalan que los precios de adquisición de las UO son más altos que los conseguidos en una reciente licitación centralizada de precios. La plena implementación de este mecanismo de compra permitiría alcanzar mayores niveles de eficiencia en la gestión del suministro y podría mejorar la disponibilidad de medicamentos en los establecimientos públicos.

Citación Recomendada

Barillas, E. 2005. *Efectos de la Reforma del Sector Salud en el Suministro de Medicamentos de Ecuador*. Presentado a la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos por Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Palabras Clave

Reforma del Sector Salud, Medicamentos, Suministro

INDICE

1	Resumen Ejecutivo	3
2	Introducción	5
3	Objetivos del estudio.....	5
4	Metodología	5
5	Marco Conceptual.....	7
6	Antecedentes.....	9
6.1.	Situación de la prestación de servicios de salud y el suministro de medicamentos en el sector público previo al inicio de la reforma del sector salud.....	9
6.2.	El proceso de reforma del sector salud en Ecuador	11
6.3.	Objetivos de la RSS	14
6.4.	Instrumentos de Política de la RSS.....	14
7	Articulación entre RSS y gestión del suministro de medicamentos	15
7.1.	Desconcentración de los fondos para la compra de medicamentos	16
	• Licitación centralizada de precios de medicamentos.....	17
7.2.	Reorganización administrativa de la Unidad de Gestión de Medicamentos.....	18
7.3.	Control de precios de los medicamentos	18
7.4.	Recuperación de costos por la venta de medicamentos	19
	• Creación de fondos para subsidio a grupos especiales	19
7.5.	Creación de un marco legal para mejorar el suministro y el acceso.....	20
7.6.	Articulación de iniciativas dispersas alrededor de la Agenda Nacional de Salud	21
8	Impacto de los cambios en la gestión del suministro de medicamentos.....	22
8.1.	La desconcentración de la compra y la licitación centralizada de precios	22
8.2.	Reorganización administrativa de la Unidad de Gestión de Medicamentos.....	29
8.3.	Control de precio de los medicamentos	29
8.4.	Recuperación de costos por la venta de medicamentos y creación de fondos especiales 29	
8.5.	Creación de marco legal para mejorar el suministro y el acceso.....	30
9	Conclusiones.....	32
10	Referencias.....	35
11	Anexo 1: Personas Entrevistadas	37
12	Anexo 2: Unidades operativas visitadas	38
13	Anexo 3: Tablas anexas	39
14	Anexo 4: Instrumentos.....	40

ABREVIATURAS

AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
CEMEIM	Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos
CNMB	Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos
CONAM	Consejo Nacional de Modernización
CPM	Center for Pharmaceutical Management
DCMVS	Dirección de Control y Mejoramiento en Vigilancia Sanitaria
FASBASE	Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
JBG	Junta de Beneficencia de Guayaquil
LMGAI	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
MSH	Management Sciences for Health
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organización no Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RO	Registro Oficial
RPM Plus	Rational Pharmaceutical Management Plus
RSS	Reforma del sector salud
SNS	Sistema nacional de salud
SOLCA	Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
UGM	Unidad de Gestión de Medicamentos
UO	Unidades Operativas
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de Norte América

AGRADECIMIENTO

RPM Plus agradece el apoyo político que el Dr. José Villacís, Director General de Servicios de Salud, ofreciera para la implementación de este estudio. Apreciamos el apoyo que las Doctoras Lorena Ruiz de la Dirección de Control y Mejoramiento de la Vigilancia Sanitaria y Ketty Sacoto de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, ofrecieron para la elaboración de este informe. Ambas aportaron valiosa información, facilitaron las entrevistas con actores involucrados en la reforma sectorial y la gestión del suministro de medicamentos y contribuyeron a la organización del trabajo de campo. La recolección de la información en las unidades operativas fue realizada por Victor Hugo Ambato, Carlos Oswaldo Alpusig y Daysi Cumandá López. Además de un eficiente y oportuno trabajo de recolección de datos, estos profesionales aportaron experiencias y análisis que contribuyeron a enriquecer el contenido de este informe.

1 Resumen Ejecutivo

La reforma del sector salud en Ecuador ha sido determinada por la modernización y descentralización del Estado y por una serie de iniciativas dispersas en el sector salud que recientemente están tratando de ser articuladas alrededor de una Agenda Nacional de Salud. Estos factores generaron cambios en la gestión del suministro de medicamentos durante los últimos diez años, aunque estos no hayan sido explícitamente incluidos en un proceso estructurado de Reforma del Sector Salud. Entre las iniciativas más relevantes de cambio en el suministro de medicamentos se encuentran:

- La desconcentración de la compra de medicamentos y –como reacción- la licitación centralizada de precios
- La reorganización administrativa de la Unidad de Gestión de Medicamentos (UGM)
- El control del precio de los medicamentos
- La recuperación de costos por la venta de medicamentos y –como reacción- la creación de fondos para el subsidio a grupos especiales
- La creación de un marco legal para mejorar el suministro y acceso a los medicamentos

No se cuenta con datos para documentar el efecto que la reorganización administrativa de la UGM, el control de precios y la creación de un marco legal han tenido sobre la eficiencia con la que opera el sistema de suministro y sobre el acceso a medicamentos por parte de los usuarios. La desconcentración de la compra de medicamentos, en cambio, parece haber tenido un efecto positivo en la gestión del suministro de medicamentos. Un estudio efectuado por RMP en 1994 permitió efectuar un análisis comparativo de la situación antes y después de la desconcentración completa de la compra. Este documento describe efectos positivos en los componentes de selección, adquisición y distribución de medicamentos. La disponibilidad de medicamentos en los establecimientos se incrementó de 46% en 1994 a 84% en 2005. El aumento de la disponibilidad ha sido, posiblemente, el efecto combinado de una gestión más eficiente y del incremento presupuestario para la adquisición de medicamentos.

A pesar de los beneficios derivados de la desconcentración de las compras, el MSP decidió recientemente introducir ajustes en los mecanismos de adquisición con el objetivo de aprovechar las economías de escala derivadas de una licitación conjunta de precios. Los precios obtenidos en el primer concurso (Diciembre, 2004) son significativamente inferiores a los obtenidos por las unidades desconcentradas. La posibilidad de obtener precios aun menores es amplia, dado que existe espacio para afinar las bases del concurso y los procedimientos de evaluación y adjudicación de las ofertas. De esta forma, la licitación centralizada de precios que recién se está impulsando, lejos de debilitar, puede fortalecer el proceso de desconcentración agregando más transparencia y eficiencia a los mecanismos de adquisición y mejorando la disponibilidad de medicamentos en las UO.

Se han hecho también esfuerzos para mejorar el acceso financiero a los medicamentos. Este estudio demuestra un incremento de los recursos públicos destinados a la compra de medicamentos. El contribuyente más importante de recursos públicos es la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los funcionarios entrevistados coincidieron en afirmar que estos recursos han permitido extender el subsidio público a una proporción creciente de la población, al punto que la gran mayoría de usuarios recibe actualmente medicamentos gratuitos.

De esta forma, a pesar de un proceso de RSS desestructurado, el impacto combinado de diversas iniciativas para cambiar el sistema de suministro de medicamentos, parece estar teniendo un efecto positivo sobre la gestión y disponibilidad de medicamentos en los establecimientos públicos. Un proceso de desconcentración y de creación de subsidios generados por las instancias políticas más altas del ejecutivo y legislativo fueron centrales para la consolidación de las iniciativas sectoriales. El mismo respaldo será requerido para que la licitación centralizada de precios se constituya en un mecanismo eficiente de compra, utilizado por varias instituciones públicas de forma conjunta.

2 Introducción

En el marco de la Iniciativa de Reforma del Sector Salud de América Latina y el Caribe, financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Programa Rational Pharmaceutical Management Plus (RPM Plus) está realizando un análisis de los efectos de la reforma del sector salud en los sistemas de suministro de medicamentos.

Trabajos que MSH /RPM Plus ha realizado en Ecuador¹ sugieren que el proceso de reforma sectorial podría estar teniendo significativos efectos en los mecanismos y precios de adquisición y en las modalidades de distribución y uso de los medicamentos. Las autoridades del MSP y RPM Plus consideraron que un estudio de la situación en Ecuador podría apoyar la conducción de la reforma sectorial y, además, ofrecer experiencias ilustrativas a otros países de la Región.

Con recurso que USAID puso a disposición para este estudio se revisó información documental relevante, se efectuaron entrevistas a funcionarios involucrados en el proceso y se realizó una encuesta a establecimientos de salud.

Este informe incluye una síntesis los antecedentes y situación actual de la reforma del sector salud (RSS) en Ecuador, sus efectos sobre el suministro de medicamentos y las lecciones que ha dejado el proceso.

3 Objetivos del estudio

Determinar los efectos que ha tenido la RSS en el suministro de medicamentos de Ecuador.

4 Metodología

1. **Revisión documental:** Previo a la visita a Ecuador se realizó una revisión de documentos disponibles en los archivos de MSH y en Internet. Particularmente útil fue el estudio que RPM efectuó en 1994² porque incluye una descripción extensa de la situación del sistema de suministro cuando la RSS era aun incipiente.

¹ a) Rankin, James, et al. *Sistema de Suministro de Medicamentos en el Ecuador. Evaluación y Propuesta de Reforma*. Informe preparado para el Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador. Noviembre 1, 1994.

b) Barillas, Edgar, David Lee. *Selección, adquisición, distribución, prescripción y uso de productos farmacéuticos en el Seguro Social Campesino de Ecuador*. Informe presentado al Banco Interamericano de Desarrollo. Septiembre 2003.

² RPM (Rational Pharmaceutical Management) 1994. *Sistema de Suministro de Medicamentos en el Ecuador: Evaluación y Propuesta de Reforma*. Estudio colaborativo FASBASE/ RMP. Noviembre 1994

2. **Entrevista a funcionarios involucrados en la RSS y el suministro de medicamentos:** Durante la visita a Ecuador (21-25 Febrero de 2005), un consultor de RPM Plus entrevistó a funcionarios que participan en el diseño e implementación de la reforma del sector salud y en los cambios en la gestión del suministro de medicamentos. Las entrevistas estuvieron orientadas por el instrumento 1 que se encuentra en el anexo 4. Las citas con los funcionarios fueron coordinadas por la Dirección de Control y Mejoramiento de la Vigilancia Sanitaria (DCMVS). Los nombres y cargos de las personas entrevistadas se encuentra en el anexo 1.
3. **Recolección de datos en los establecimientos de salud:** RPM Plus y la DCMVS capacitaron a tres farmacéuticos en el uso de los instrumentos para la recopilación de información en los establecimientos de salud (instrumentos 2, 3 y 4 en el anexo 4). Se seleccionaron 30 UO entre áreas de salud y hospitales de distinto nivel de resolución y ubicación geográfica (el listado completo de establecimientos visitados y su ubicación se incluyen en el anexo 2). Se recolectó también información de precios en 30 farmacias privadas circunvecinas a los establecimientos de salud visitados. Debido a una huelga médica la recopilación de información en los establecimientos de salud se inició el 21 de Marzo de 2005 y se extendió hasta el 31 del mismo mes.
4. **Procesamiento de información:** Se elaboró una base de datos (en MS Excel ®) donde cada uno de los encuestadores introdujo la información recolectada. La calidad de los datos y el ingreso a la base de datos fue supervisado por contrapartes nombradas por el MSP.
5. **Elaboración del informe:** La información producto de las encuestas a los funcionarios del nivel central y del trabajo de campo fue procesada por RPM Plus para la elaboración del primer borrador del informe. Este fue enviado a la DCMVS para sus comentarios y sugerencias, mismos que fueron incorporados en la versión final del documento.

5 Marco Conceptual

Hacia el año 1997, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió la reforma del sector salud como:

Un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan. (PAHO 1997)

Las RSS surgen en el contexto económico, social y político particular de cada país lo que determina sus características distintivas. A pesar de ello, de acuerdo a Roberts y otros (2004), las reformas sectoriales presentan características comunes porque se implementan por medio de *instrumentos de política* similares que causan reajustes en lo que estos autores han llamado *botones de control* de los sistemas de salud. Entre los botones de control esto autores identifican los siguientes:

- **Financiamiento:** que puede incluir dentro de sus instrumentos de política el pago de bolsillo por los servicios o el aseguramiento privado.
- **Pago:** que puede incluir dentro de sus instrumentos de política el pago a los proveedores por capitación o por servicio, o la contratación de proveedores privados para la provisión de servicios públicos.
- **Organización:** que incluye, entre otros, la desconcentración o descentralización de los servicios, la conformación de asociaciones de usuarios y el establecimiento de paquetes básicos de servicios.
- **Regulación:** que considera la acreditación de los prestadores de servicio o la regulación de los planes de beneficios.
- **Comportamiento de los usuarios y proveedores:** que puede incluir la instauración de copagos en el aseguramiento o la elaboración de listados de procedimientos médicos.

Los cambios en la gestión del suministro de medicamentos pueden ser:

- Un objetivo explícito de los procesos de reforma.
- Una consecuencia directa de la implementación de uno o más de los instrumentos de política de reforma mencionados, aunque que no hayan sido un objetivo explícito.

- Un proceso independiente de la RSS, coincidente en el tiempo por surgir en el mismo contexto político, económico y social que la RSS.

Este documento explora los condicionantes contextuales y los instrumentos de política que afectaron la gestión del suministro de medicamentos en Ecuador.

Del *ajuste* que las reformas sectoriales logren imprimir en los *botones de control* dependen los efectos en el desempeño del sistema. Los citados autores distinguen como medidas del desempeño:

- La eficiencia
- La calidad
- El acceso

Este documento explora, de forma particular, los efectos que los cambios en la gestión del suministro de medicamentos han tenido sobre la eficiencia en la operación del sistema y el acceso de la población a medicamentos. Las dimensiones para analizar el acceso (disponibilidad, acceso geográfico, acceso económico y aceptabilidad) derivan del marco conceptual utilizado por el Centro para la Gestión Farmacéutica de MSH (CPM 2000).

Dependiendo del impacto en estos elementos del desempeño del sistema de salud, las reformas afectarán en mayor o menor medida los objetivos finales de todo sistema de salud:

- Mejorar el estado de salud de la población
- Mejorar la satisfacción del usuario
- Mejorar la protección contra riesgos

En este estudio no se pudo contar con información que de cuenta del impacto de los cambios en la gestión de suministro de medicamentos sobre los objetivos finales del sistema de salud.

6 Antecedentes

6.1. Situación de la prestación de servicios de salud y el suministro de medicamentos en el sector público previo al inicio de la reforma del sector salud

Desde inicios de los noventa se ha gestado en Ecuador una reforma paulatina del sector salud que ha derivado, fundamentalmente, del programa de modernización y descentralización del Estado. El Consejo Nacional de Modernización (CONAM) propuso en 1994 la creación de un sistema de seguridad social en base a una mezcla público / privada y la Comisión Nacional de Salud (CONASA), por su parte, propuso la conformación de un sistema nacional de salud. Se puede considerar que estos hitos marcan el inicio de la reforma del sector salud (RSS) en Ecuador.

Alrededor de ese año el sistema se encontraba fragmentado y segmentado, no existiendo vínculos funcionales ni separación de funciones entre las mayores instituciones responsables de la salud del país: el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Cada una de estas instituciones contaba con una población adscrita o beneficiaria con acceso a servicios diferenciados de salud. Entre ambas no alcanzaban a cubrir dos tercios de la población total del país (CIDEIBER 2005), estimándose que el 30% no contaba con acceso regular a atenciones de salud. Las limitaciones financieras para la provisión de servicios públicamente subsidiados obligaron a las familias a dedicar proporciones crecientes del ingreso familiar a la compra de bienes y servicios de salud en el mercado privado. De acuerdo con el estudio de cuentas nacionales en salud, para 1995 el gasto total en salud representó el 4.5% del PIB y el gasto per capita anual fue de USD 71.20. El gasto de los hogares representó el 48% del gasto total en salud, y de este el 61% se dedicó a la adquisición de medicamentos (CEPAR 1999).

Un estudio efectuado por RPM en 1994³ da cuenta de una deficiente situación del suministro público de medicamentos en la mayor parte de componentes analizados. Los hallazgos más importantes de este estudio fueron:

Acceso a medicamentos:

- Los datos obtenidos en 10 áreas de salud revelaron una disponibilidad de 46% de 24 medicamentos trazadores. Este porcentaje, aunque bajo, fue superior al encontrado en 1992⁴ (38%).
- El desabastecimiento en los 12 meses previos a la visita efectuada en 1994 fue de 12%.

³ RPM (Rational Pharmaceutical Management) 1994. *Sistema de Suministro de Medicamentos en el Ecuador: Evaluación y Propuesta de Reforma*. Estudio colaborativo FASBASE/ RMP. Noviembre 1994

⁴ Encuesta de indicadores farmacéuticos sobre una muestra de 19 establecimientos de atención del MSP a nivel nacional.

- El 61% de los medicamentos prescritos fue dispensado (gratuitamente o después del respectivo pago) y en el 55% de los casos hubo cobros al usuario.
- La asignación de precios de venta al público era variable; algunas UO vendían a precio de costo y otras agregaban un 5%.
- Los precios sugeridos al público por CEMEIM eran de 22% a 145% (promedio 61%) más bajos que en las farmacias privadas.

Selección:

- La selección de medicamentos en el sector público se regía por la segunda edición del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB). Este incluía 273 principios activos y 415 formas farmacéuticas.
- En 3 de 10 áreas de salud visitadas (30%) y en 8 de 19 establecimientos (42%) había listas prioritarias de medicamentos que eran subconjuntos del CNMB. De acuerdo a la normativa vigente, estas listas debían servir de referencia para las compras que efectuaban descentralizadamente las Unidades Operativas (UO)⁵.
- En 2 de 10 áreas de salud (20%) y en 3 de 19 establecimientos (16%), las listas locales incluían medicamentos que no formaban parte del CNMB.

Adquisición:

- El Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos (CEMEIM) era el responsable de la compra centralizada del MSP. El CEMEIM debía adquirir medicamentos en base a las necesidades de las UO, para luego vendérselos, usualmente con plazos de crédito. Sus costos de operación eran cubiertos por el MSP, de forma que los costos de administración agregados al momento de la venta a las UO eran del 5% o menores. La mora en el pago por parte de las UO fue mermando el capital de trabajo del CEMEIM y su capacidad de honrar las obligaciones contraídas con los laboratorios proveedores.
- Las compras que efectuaban el CEMEIM equivalían al 50% de las compras del MSP; el 50% restante lo compraban directamente las UO a proveedores privados.
- De los 415 medicamentos (con sus formas farmacéuticas) del CNMB, en 1994 se licitaron centralmente por el CEMEIM 167 (37.9%) y solamente 121 (27.4%) fueron adquiridos.
- En la licitación de 78 productos que fueron analizados participaron 27, de más de 100 fabricantes y distribuidores en el país. En promedio se recibieron dos ofertas por producto. Para 43 de los 78 productos (55%) solo se recibió una oferta.
- El precio de los medicamentos entregados por el CEMEIM era considerablemente más bajo que el ofrecido directamente por las casas farmacéuticas a las UO. El porcentaje variaba hasta en un 60%, según los responsables de las UO.
- El estudio también señala que en el proceso adquisición no se precalificaban proveedores, no siempre se adjudicaba a los precios más bajos ofertados, no se adjudicaban todos los productos ofertados, las compras no correspondían con las programaciones anuales, los clientes no participaban en el comité de compra y las empresas no percibían transparencia en el proceso.

⁵ Unidades Operativas son los hospitales y Areas de Salud

Distribución:

- El sistema de distribución del CEMEIM disponía de 3 bodegas provinciales (Quito, Guayaquil y Cuenca). La limitada disponibilidad de vehículos determinaba entregas no programadas.
- Cerca de la mitad de las UO recibían sus productos dos días después de solicitados, pero en algunos casos el tiempo de entrega podía ser hasta de 90 días.
- Ocho de diez responsables de área de salud entrevistados afirmaron que, debido a la falta de transporte regular, utilizaban vehículos oficiales para recoger medicamentos en las bodegas del CEMEIM.

Apoyo gerencial:

- No existía un sistema de información gerencial funcional en el CEMEIM
- En la mitad de las UO no se contaba con un sistema de registro para el seguimiento a los pedidos.

Estos datos mostraban la necesidad de reorganizar el sistema de suministro de medicamentos, particularmente en lo referente a las funciones desarrolladas por el CEMEIM. El estudio elaborado por RPM incluyó recomendaciones para la reestructuración del sistema de suministro.

6.2. El proceso de reforma del sector salud en Ecuador

Alrededor de 1993, cuando la mayor parte de países de América Latina iniciaban procesos de RSS, el MSP de Ecuador implementaba, respaldado en un préstamo del Banco Mundial (USD 70 millones), el Proyecto de Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE). Su componente fundamental fue la extensión de atención básica de salud a 2 millones de habitantes en 42 áreas de salud. El FASBASE mejoró la red de servicios, conformó equipos multiprofesionales y dotó de equipos y suministros a las áreas de salud (Echeverría 1997), pero no se propuso, ni alcanzó, cambios profundos ni permanentes en la organización, financiamiento o funcionamiento del MSP.

Otra iniciativa que surge en el mismo período (1994) es la emisión y operación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI). Esencialmente este es un fondo del Estado derivado de impuestos a consumos especiales que se orienta exclusivamente para las atenciones en salud a esos grupos vulnerables y es ejecutado por el MSP (Sola 2004). La ley y su reglamento no introducen cambios en la organización y funcionamiento del MSP; más bien se utilizan mecanismos operativos ya existentes para su implementación.

Desde esa fecha, las iniciativas de RSS se han limitado a propuestas formuladas y reformuladas por diversos sectores que no han logrado ponerse en práctica. En 1994 el Consejo Nacional de Modernización (CONAM) propuso la privatización del sistema de

pensiones y la creación de un sistema de seguridad social con amplia participación privada. El Consejo Nacional de Salud (CONASA), presidido por el MSP, elaboró una propuesta alternativa fundamentada en la organización de un sistema nacional de salud (SNS) en el que el MSP tenía un papel rector y regulador. Posteriormente, alrededor de 1995, el MSP elaboró unilateralmente una propuesta de Ley de Unificación del Sector Salud que fue rechazada, sobre todo por la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), argumentando que afectaría su autonomía institucional. Por otra parte, un plebiscito en 1995 negó la posibilidad de privatización del IESS propuesta por el CONAM, cuyo proyecto de ley estaba listo para ir al Congreso (Sola 2004).

La desarticulación de estas iniciativas para reformar el sector salud desencadenó, alrededor de 1996, la formulación de cerca de 18 propuestas alternativas. Entre las más significativas se encontraban: una segunda versión del CONAM para la reforma de la seguridad social; una propuesta preparada por la Secretaría Técnica del Frente Social cuyo énfasis se centraba en la creación de un sistema integrado de salud que articulara los niveles central, provincial y local; y el proyecto Reforma Sectorial y Modernización Hospitalaria generado por el grupo de trabajo auspiciado por el Banco Mundial y tendiente a gestionar un nuevo crédito con esta institución. Ninguna de estas propuestas logró el nivel de consenso y apoyo político necesario para su implementación (Sola 2004).

Con el cambio de gobierno en 1996 se suspendió el funcionamiento del CONASA, instancia llamada a articular los esfuerzos dispersos para reformar el sector salud. Sin una iniciativa de reforma propia del sector, se precipitan transformaciones que obedecieron más al proceso de modernización y descentralización del Estado que a propuestas generadas y conducidas desde el sector salud (ver recuadro 1) (CONCOPE 2005).

La autonomía administrativa y financiera progresivamente otorgada a las UO y la reducción del gasto en salud alrededor de 1996 condujeron a la consolidación de los sistemas de recuperación de costos, incluyendo la venta al público de medicamentos, que era un mecanismo ya instaurado desde principios de la década.

Recuadro 1. Hechos sobresalientes en la modernización y descentralización del Estado	
1993	Se emite Ley de Modernización del Estado y se crea el Consejo Nacional de Modernización
1997	Se emite la Ley de Descentralización del Estado y Participación Social ⁶
1997	Se emite la ley especial de distribución del 15% del presupuesto del gobierno central para los gobiernos locales
1998	Se promulga la nueva Constitución Política de la República que ofrece el marco jurídico para la descentralización
2001	Se emite el Reglamento a la Ley de Descentralización del Estado y Participación Social
2001	Se promulga el Plan Anual de Descentralización

⁶ La Ley Especial de Descentralización del Estado y de Participación Social indica que ésta debe ser entendida como "la transferencia definitiva de funciones, atribuciones, responsabilidades y recursos, especialmente financieros, materiales y tecnológico de origen nacional o extranjero, de que son titulares las entidades de la Función Ejecutiva hacia los Gobiernos Seccionales autónomos a efectos de distribuir los recursos y los servicios de acuerdo a las necesidades de las respectivas instancias territoriales".

Probablemente el más importante esfuerzo realizado para dar direccionalidad a la reforma sectorial fue la formulación de la Política Nacional de Salud en 1997/8. Esta constituyó un aporte para la inclusión de importantes textos en la reforma constitucional de 1998⁷ (OPS, Perfil 2001).

En marzo de 1997 el gobierno interino convoca al CONASA para que retome la conducción del proceso de reforma y propicie la coordinación de políticas y acciones del sector salud. Entre 1997 y 1998 el CONASA aprobó los términos generales para la formulación del Plan Operativo de Reforma, pero una serie de paros laborales y la inestabilidad política del país impidieron su implementación (OPS, Perfil 2001). Los tropiezos que enfrentó el CONASA no impidieron que los procesos de modernización y descentralización del Estado continuaran teniendo una influencia decisiva en la RSS. En 1998 la Constitución Política y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud ofrecieron un marco jurídico sólido para que en 1999 se crearan los Consejos Provinciales y Cantonales de salud⁸, los Comités de Participación Social, el modelo de autogestión de servicios (Sola, 2004) y se desconcentraran los fondos de gestión hospitalaria y de la LMGAI a las provincias y áreas de salud. Esto consolidó la desconcentración de la gestión hacia las áreas de salud que el MSP había iniciado desde principios de la década de los noventa.

Paralelamente, en el marco de la modernización del Estado se inicia una *reestructuración por procesos* de la administración pública. La reorganización del MSP se comienza a planificar desde 2002, pero no es sino hasta 2004 que se organizan los nuevos departamentos y se capacita al personal.

Alrededor de 2000 la RSS en Ecuador estaba constituida por varias iniciativas dispersas que no contaban con una instancia formal que las articulara. Entre otras podemos mencionar:

- La desconcentración administrativa del MSP
- La iniciativa para descentralizar la provisión de servicios de salud hasta el nivel municipal⁹
- La extensión de la cobertura de servicios de salud en base a la identificación (mediante una tarjeta de salud) de la población socio económicamente postergada
- La reestructuración del MSP en base a procesos
- Los proyectos y programas de agencias de cooperación externa y ONG's¹⁰

⁷ En su artículo 45 la Constitución Política de la República señala que *el Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, a integrarse con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, el mismo que funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.*

⁸ El reglamento general a la ley orgánica del sistema nacional de salud crea los Consejos Provinciales de Salud (RO 670:25 sept 2002). Estos gozan de autonomía administrativa y coordinan la ejecución y gestión política y planes de salud en el ámbito provincial. Similares funciones tienen los Consejos Cantonales de Salud.

⁹ Convenios de descentralización con al menos 7 municipios estaban por suscribirse en el mes de Febrero de 2005 (comunicación personal Dr. Villacís, febrero 23, 2005)

¹⁰ Se han desarrollado experiencias piloto o demostrativas en descentralización de los servicios de salud apoyadas por el proyecto Modernización de los Servicios de Salud (MODERSA) financiado desde 1998

No es sino hasta 2004 que en el marco del *Congreso Nacional por la Salud y la Vida* el CONASA elabora un *“Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en Ecuador”*. Su intención es articular todas las iniciativas actuales y propuestas de cambio en el sector salud, alrededor de la Política Nacional de Salud y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. El documento hace referencia a que la *“Agenda de Salud”*, allí incluida, constituye un *“conjunto organizado e intencionado de procesos sustantivos destinados a crear y/o reorientar según el caso, la estructura y contenido de las principales estrategias y acciones para transformar las condiciones de orden político, social, cultural, financiero y organizacional que inciden en la salud de la población. En este sentido, la construcción del Sistema Nacional de Salud y la implementación de la Política Nacional de Salud constituyen el eje de la reforma en salud....”* (MSP / CONASA 2004).

Constituye así un hecho singular que, a diferencia de otros países en la región, no existe en Ecuador el equivalente de una *Unidad Ejecutora del Programa de Reforma*. Más bien las diversas iniciativas, programas y proyectos mencionados son conducidos por comisiones ad-hoc y funcionarios de planta del MSP. La Dirección General de Servicios de Salud juega un papel técnico y conductor dentro de MSP y el CONASA en la articulación de las acciones con el resto de instituciones que conforman el SNS.

6.3. Objetivos de la RSS

De acuerdo al Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en Ecuador (MSP / CONASA 2004), el proceso de reforma *“..... tiene por finalidad el logro de la equidad en la cobertura y el acceso a los servicios de salud a fin de alcanzar cobertura universal en salud para todos los ecuatorianos y ecuatorianas; y la eficiencia en la orientación y uso de los recursos físicos de origen público para la salud”*.

6.4. Instrumentos de Política de la RSS

La Agenda Nacional de Salud del Ecuador (MSP / CONASA 2004) propone las pautas de direccionamiento de la reforma de salud en el país. Los elementos centrales de la agenda son los siguientes:

- Elaborar el Plan Integral de Prestaciones de Salud
- Fortalecer el MSP como autoridad sanitaria
- Fortalecer al CONASA en su rol de coordinación nacional y desarrollar la gestión descentralizada del SNS a través de los consejos nacionales, provinciales y cantonales de salud
- Propiciar el desarrollo integral de los recursos humanos

por el Banco Mundial. También existen iniciativas conducidas por ONG's como CARE y CEPAR, la cooperación de OPS/OMS y de los Gobiernos de Bélgica, Holanda, Alemania (GTZ) y la iniciativa de algunos Municipios (OPS/ OMS 2001)

- Desarrollar la accesibilidad efectiva a medicamentos e insumos
- Desarrollar propuestas que permitan el aseguramiento universal de la población del Ecuador

7 Articulación entre RSS y gestión del suministro de medicamentos

Este documento ha caracterizado la RSS en Ecuador como un proceso desestructurado cuyos determinantes se encuentran en:

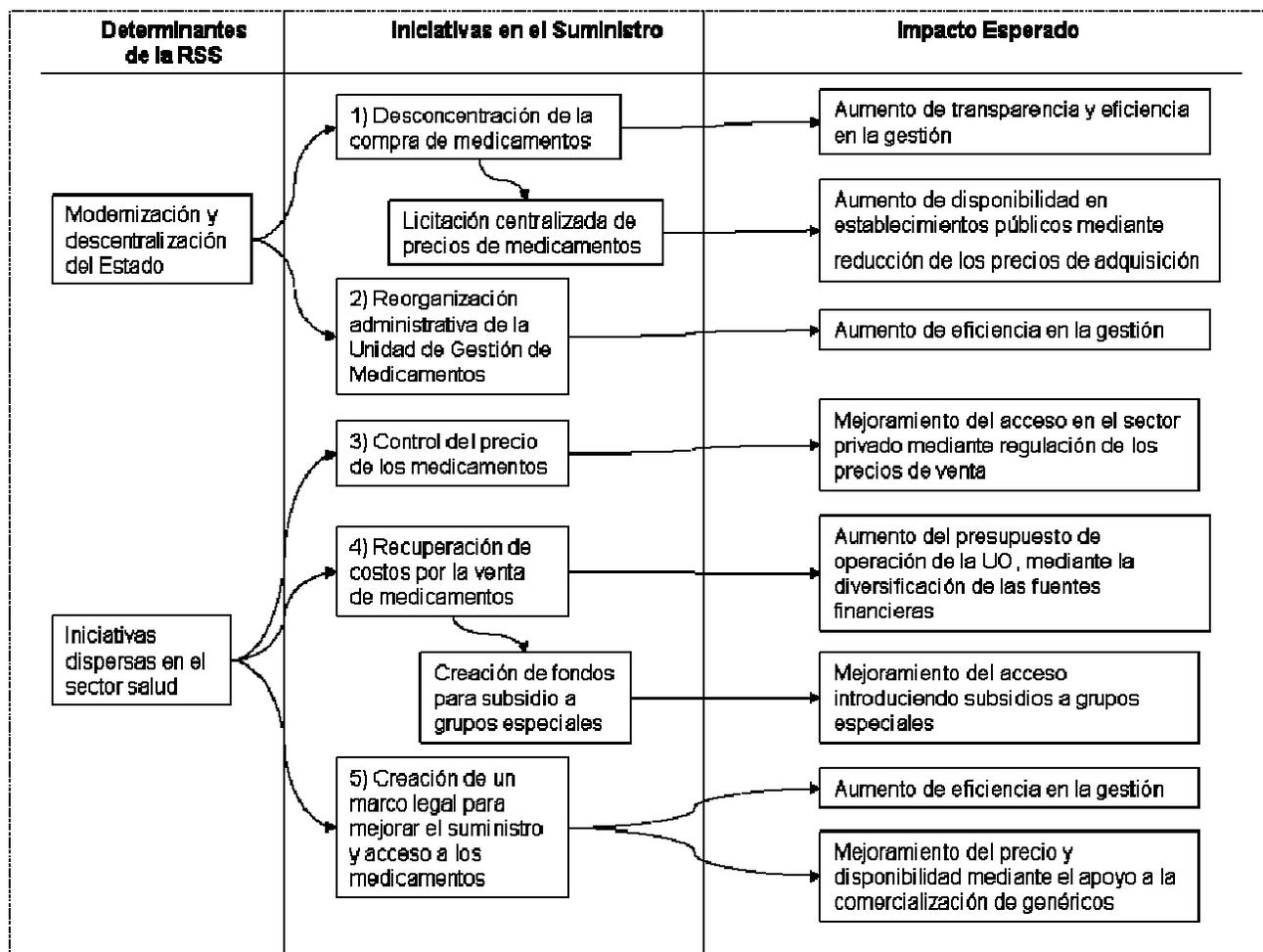
1. la modernización y descentralización del Estado,
2. en menor medida en iniciativas dispersas dentro del sector salud, y
3. recientemente, en la articulación de todas estas iniciativas dispersas alrededor de una Agenda Nacional de Salud.

Los dos primeros factores han condicionado al menos cinco iniciativas que tratan de mejorar la eficiencia con la que opera el sistema de suministro y la equidad en el acceso a los medicamentos:

1. La desconcentración de la compra de medicamentos y –como reacción- la licitación centralizada de precios
2. La reorganización administrativa de la Unidad de Gestión de Medicamentos
3. El control de precios de los medicamentos
4. La recuperación de costos por la venta de medicamentos y –como reacción- la creación de fondos para el subsidio a grupos especiales
5. La creación de un marco legal para mejorar el suministro y acceso a los medicamentos

El siguiente gráfico ilustra la relación entre los factores determinantes, las iniciativas de cambio en el suministro de medicamentos y el impacto esperado de cada una de ellas.

Gráfico 1. Relación entre los factores determinantes de la RSS, las iniciativas de cambio en el suministro de medicamentos y el impacto esperado



Cada una de estas iniciativas de cambio en la gestión del suministro de medicamentos será brevemente descrita a continuación.

7.1. Desconcentración de los fondos para la compra de medicamentos

Alrededor de 1999, en el marco del proceso de descentralización del Estado se desconcentran los fondos de gestión hospitalaria y los de la LMGAI hacia los hospitales, provincias y áreas. El CEMEIM desaparece en 1999 luego de ocho años de operación. Esta decisión política fue motivada por los problemas administrativos que enfrentaba y por la necesidad de desconcentrar sus funciones¹¹. Como consecuencia de estas iniciativas, desde 1999 las UO pueden adquirir directamente medicamentos con recursos

¹¹ Comunicación con el Dr. José Aviles, Director de la Unidad de Aseguramiento de la Calidad. 23 de Febrero de 2005.

de tres fuentes financieras: el presupuesto del MSP, los fondos de la LMGAI y los fondos originados de la venta de medicamentos.

La discrecionalidad en la administración descentralizada de los recursos financieros para la compra de medicamentos fue ampliada en 2002 cuando se crea una partida llamada “bienes de uso y consumo”, que incluye a los medicamentos, dentro de otros bienes. Esto evita la necesidad de solicitar transferencias entre partidas presupuestarias, incrementando – teóricamente – la ejecución presupuestaria, pero dificultando el análisis del gasto de cada renglón particular. Esto ha permitido a las UO asignar proporciones crecientes de este renglón a la compra de insumos médicos y productos de limpieza, disminuyendo de forma proporcional el presupuesto asignado a medicamentos¹².

- ***Licitación centralizada de precios de medicamentos***

Para corregir los problemas identificados (aunque no sistemáticamente documentados) derivados de la licitación y compra desconcentrada de medicamentos, el MSP decide iniciar un mecanismo de licitación centralizada de precios para apoyar la compra desconcentrada por parte de las UO. De acuerdo a las fuentes documentales consultadas y a la opinión de los entrevistados, la licitación de precios es una reacción a la desconcentración de la adquisición, y no una iniciativa que forme parte de un programa preconcebido de reforma sectorial. Esta es una iniciativa de la Unidad de Aseguramiento de la Calidad¹³, que goza de amplio respaldo político.

El primer paso para la implementación de este sistema fue la elaboración y promulgación del sustento legal. El 3 de Agosto de 2004 (RO No. 391) se expide el reglamento para la adquisición de medicamentos del CNMB. En su Artículo 2 establece que las adquisiciones de las UO se realizarán a los proveedores incluidos en el registro de proveedores calificados¹⁴ por el CONASA y por el MSP. En su Artículo 3 establece que las adquisiciones se realizarán mediante concurso público de precios. En su Artículo 5 establece que el Comité de Adquisiciones notificará el resultado del concurso público de precios a las UO pertenecientes al sistema desconcentrado del MSP, con un detalle de los proveedores ganadores, con sus respectivos productos, especificaciones técnicas y precios constantes en las ofertas presentadas, para que efectúen las adquisiciones de acuerdo al mecanismo previsto en el reglamento. El Artículo 25 establece la obligatoriedad de adquirir a los proveedores adjudicados señalando que “... *las unidades operativas del MSP realizarán, de manera obligatoria, la correspondiente adquisición de medicamentos de acuerdo a sus necesidades, disponibilidad presupuestaria y cuantas veces sea necesario durante el año de vigencia de la adjudicación*”. Finalmente, el Artículo 28 hace referencia a la descentralización de la compra indicando que “... *las unidades operativas del MSP serán responsables de la*

¹² Comunicación personal con Dra. Lorena Ruiz, Agosto 23, 2005.

¹³ Cuyo Director fue responsable del CEMEIM

¹⁴ Proveedores calificados son aquellas personas naturales o jurídicas que han cumplido con la presentación de certificados que den cuenta del cumplimiento de obligaciones con el Estado, las buenas prácticas de manufactura, el registro sanitario y la lista de medicamentos ofertados. La Comisión de Nacional de Medicamentos e Insumos del CONASA califica estos documentos de acuerdo a criterios pre-establecidos.

elaboración, suscripción y terminación de los contratos o compras que se llevan a cabo... ”.

En la primera licitación de precios que se realizó a fines de 2004 salieron a concurso 130 ítems, participaron 31 laboratorios y se adjudicaron 103. Estos mismos precios de referencia sirvieron para ejecutar una partida de US\$ 2.5 millones destinados a la compra de medicamentos genéricos para el programa de extensión de cobertura. En Enero de 2005 se lanza un segundo concurso de precios para aquellos ítems no incluidos en el concurso de finales de 2004. Se esperaban las adjudicaciones a fines del mes de Marzo de 2005. Actualmente la lista de proveedores y precios de referencia esta siendo difundida a las áreas de salud y hospitales y se esta insistiendo con las UO en la obligatoriedad de adquirir a los proveedores y precios adjudicados¹⁵. Dos UO del distrito metropolitano visitadas en Febrero de 2005, aun no tenían conocimiento de estas nuevas disposiciones, ni de los listados de referencia para las adquisiciones.

7.2. Reorganización administrativa de la Unidad de Gestión de Medicamentos

Con la disolución del CEMEIM en 1999, la gestión del programa de medicamentos genéricos, la autorización de compras especiales y la gestión de las compras centralizadas de programas especiales pasaron a la Unidad de Gestión de Medicamentos (UGM). En Agosto de 2004, en el marco de la reorganización por procesos del MSP, las funciones de la UGM fueron trasladadas a la DCMVS. Esta nueva dirección técnica aglutina al Sistema Fármaco Terapéutico y al Sistema Nacional de Alimentos. En opinión del personal entrevistado, las funciones del sistema fármaco-terapéutico no difieren de forma sustantiva de las previamente realizadas por la UGM.

7.3. Control de precios de los medicamentos

Con el propósito de establecer mecanismos de protección al consumidor, la Ley 152 publicada en el Registro Oficial (RO) No. 927 (4 de Mayo de 1992) crea el Consejo Nacional para la Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso Humano (CNFRP). Las atribuciones y bases técnicas y legales con las que opera el CNFRP quedan ratificadas con la Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos Genéricos de Uso Humano (promulgada en Abril de 2000). Esta ley establece que el margen de utilidad por producto para el fabricante o importador no excederá de un 20%; el de comercialización para las distribuidoras un 10% por producto y para los establecimientos de expendio de venta al público un máximo de 20% para los medicamentos de marca y 25% para los genéricos. Esto implica que el incremento autorizado para un medicamento genérico puede ser hasta de un 55% sobre sus costos de producción. Dicho de otra forma, si el precio de venta al público reflejara fielmente los costos reales de producción, y esta cadena de incrementos autorizados, se podría asumir que los costos de producción representan alrededor del 45% del precio de venta al público.

¹⁵ Comunicación con el Dr. José Aviles, Director de la Unidad de Aseguramiento de la Calidad. 23 de febrero de 2005

Con este respaldo legal opera actualmente el CNFRP, adscrito al MSP. Los precios de venta al público fijados por esta instancia están apoyados en los costos de producción declarados por los fabricantes o importadores, que son difíciles de verificar. De esta forma, distintas casas comerciales pueden presentar costos de producción diferentes para un mismo producto (igual componente farmacéutico y presentación) con lo que los precios máximos autorizados fluctúan ampliamente. La Asociación de Laboratorios Farmacéuticos Ecuatorianos argumenta que las exigencias para la revisión de los precios son mayores para los laboratorios locales, demandándose un mayor detalle de los costos de producción (materia prima, insumos etc.) que el exigido a laboratorios que tienen sus plantas de producción en el extranjero¹⁶.

Los precios fijados por el CNFRP no constituyen en realidad una referencia para las adquisiciones públicas ya que están dirigidos a las ventas al menudeo en las farmacias privadas¹⁷ (Barillas 2003).

7.4. Recuperación de costos por la venta de medicamentos

Desde inicios de la década de los noventa, existían esquemas de recuperación de costos en los establecimientos públicos. El modelo de autogestión de servicios iniciado en 1999 consolidó la recuperación de costos mediante el cobro a los usuarios con capacidad de pago (RO 198, 26 Mayo, 1999) (OPS/ OMS SF). El mismo acuerdo establece que los recursos autogenerados serán prioritariamente utilizados para la compra de insumos y medicamentos, "... destinándose para este fin no menos del 30% del total de fondos autogenerados". Las UO pueden aumentar 15% a la venta al público, pero los aumentos en la práctica son discrecionales por la falta de mecanismos de control¹⁸. Los fondos generados por la venta de medicamentos deberían utilizarse para su reabastecimiento, pero pueden estar siendo utilizados con otros fines¹⁹.

- **Creación de fondos para subsidio a grupos especiales**

La venta de medicamentos en los establecimientos públicos fue percibida como un deterioro en los compromisos del Estado con los grupos más postergados de la población²⁰. Como una reacción a las inequidades en el acceso a los servicios públicos de salud, la LMGAI fue propuesta en 1994 para "*incrementar las posibilidades de acceso a atención en las unidades de salud, superando las barreras, especialmente económicas*" (Unidad Ejecutora LMGAI 2003). Los recursos del Estado destinados a la LMGAI son utilizados, fundamentalmente, para la provisión gratuita de medicamentos e insumos para laboratorio y médico-quirúrgicos. La actualización de esta ley en 2003 incluye una lista de 70 medicamentos para las prestaciones gineco-obstétricas y 40 medicamentos para la atención integral de los niños en los hospitales. Esta fuente de financiamiento ha llegado

¹⁶ Comunicación personal con Andrés Ycaza de la ALFE. Febrero 24, 2005.

¹⁷ Tampoco constituye una referencia para el usuario particular ya que este listado no es publicado ni puesto a disposición del público.

¹⁸ Comunicación personal con Dr. Aviles, Febrero 23, 2005.

¹⁹ Comunicación personal con Lorena Ruiz, Febrero 22, 2005

²⁰ Comunicación personal con el Dr. José Villacís, Febrero 23, 2005

a ser tan importante dentro del presupuesto, que en la mayoría de las UO el fondo de la LMGAI provee cerca del 80% de los medicamentos²¹. La LMGAI no impone criterios o restricciones para la compra, por lo que el efecto de la creación de este fondo ha sido exclusivamente en el origen y monto del financiamiento.

Recientemente (2004 - 2005) se ha propuesto extender el subsidio estatal a los grupos soci económicamente postergados. Una *tarjeta de salud* identificará a las personas que califiquen de acuerdo a criterios de postergación social y económica. A inicios de 2005 el programa de extensión de cobertura orientó US\$ 2.5 millones (originalmente destinados a la compra de medicamentos genéricos para las UO) para cubrir los requerimientos en medicamentos de este nuevo programa de extensión de cobertura.

7.5. Creación de un marco legal para mejorar el suministro y el acceso

La más reciente iniciativa legal para mejorar el suministro y acceso a los medicamentos fue la promulgación de la “Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamento Genéricos de Uso Humano” (RO 59, del 17 de Abril de 2000)²². La apertura para su emisión la ofreció el Artículo 2 de la Ley de Contratación Pública que determina que los contratos de adquisición de insumos médicos, fármacos y material quirúrgico que celebren las entidades del sector público que presten servicios de salud, no se sujetarán a las disposiciones de dicha ley, sino al reglamento que para el efecto dictará el Presidente de la República. Este Artículo ofreció la apertura para la formulación de leyes y reglamentos más ajustados a los particulares requerimientos de la compra de medicamentos. Otro importante antecedente lo constituye la Ley de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos (RO 927, del 4 de Mayo de 1992), ya que un capítulo central de “Ley de Genéricos”, es el de control de precios.

La “Ley de Genéricos”, establece normativas orientadas a ampliar el mercado de medicamentos genéricos, incentivando su producción nacional y facilitando su registro mediante el procedimiento de “homologación para los productos importados” (OPS 2001). El reglamento de aplicación de dicha ley (RO No. 84, Miércoles 24 de Mayo de 2000), en el Artículo 16 del Capítulo III, establece que “*al CONASA, le corresponde convocar a concurso para seleccionar a los proveedores que suministrarán medicamentos genéricos a las instituciones del sector público*”. Para el efecto el CONASA cuenta con apoyo de su Comisión Nacional de Farmacología. El artículo 18 agrega que para “*la adquisición de medicamentos genéricos corresponde a las entidades del sector público que tengan a su cargo prestaciones y programas de salud, convocar a concurso a los proveedores seleccionados por el CONASA y adjudicar los contratos a aquellas empresas que ofrezcan las mejores condiciones de calidad y precio, y ejecutar los mismos dentro de un sistema descentralizado y desconcentrado. ...*” .

Otras leyes y reglamentos consolidan esta iniciativa. La Ley Orgánica del SNS (RO No, 670 del 25 de septiembre del 2002) establece que el MSP dispondrá de las medidas que permitan garantizar la disponibilidad de medicamentos e insumos en el país, y agrega

²¹ Comunicación personal con la Dra. Lorena Ruiz, Febrero 22, 2005

²² A la que llamaremos “Ley de Genéricos” en lo sucesivo.

que promoverá la producción nacional de medicamentos genéricos. El reglamento de dicha ley (Decreto Ejecutivo No. 3611. RO/9 del 28 de enero de 2003) establece en su Artículo 42 que dentro de las funciones de la Comisión del Medicamentos del CONASA se encuentra la elaboración y actualización del CNMB y la convocatoria, calificación y mantenimiento actualizado de la lista de empresas proveedoras nacionales e internacionales que suministran medicamentos genéricos a las instituciones del sector salud. El CONASA publicó la V Revisión del CNMB a finales de 2004. En el se incluyen 370 principios activos en 511 formas farmacéuticas. Este documento es de uso obligatorio en todas las instituciones del sector público para orientar la adquisición de los medicamentos (OPS/OMS 2001). Al momento de realizar este estudio, la quinta edición del CNMB estaba siendo distribuida a las UO.

7.6. Articulación de iniciativas dispersas alrededor de la Agenda Nacional de Salud

El MSP identificó que para alcanzar los objetivos de la RSS una premisa fundamental era lograr un acuerdo político sobre las prioridades de salud. La Política Nacional de Salud llena esta vacío²³. Esta fue elaborada en 2004 con la participación de representantes de la sociedad, Gobiernos del nivel nacional, provincial y municipal, Congreso Nacional, ONG's, comunidad organizada, instituciones prestadoras de servicios y formadoras de recurso humano y organismos de cooperación internacional. La Política Nacional de Salud ofrece orientaciones a las instituciones que conforman el sector y constituye un esfuerzo de articulación de iniciativas dispersas alrededor de un proyecto de largo alcance. En el capítulo dedicado a medicamentos e insumos destaca el compromiso del Estado con garantizar su disponibilidad y accesibilidad, desarrollar el mercado nacional de medicamentos genéricos, regular la información y promoción de los medicamentos, establecer programas de control de la calidad, promover el uso racional y regular el precio.

En este marco político se elabora la Agenda Nacional de Salud con el objetivo de programar estratégicamente todas las actividades. Uno de los componentes de la Agenda Nacional de Salud es, precisamente, el desarrollo de la accesibilidad efectiva a medicamentos e insumos. Los funcionarios entrevistados consideran que iniciativas ya en curso como la creación de marcos regulatorios para mejora el acceso, la extensión de cobertura a grupos postergados y la licitación centralizada de precios, están inscritas en la Política y Agenda Nacional de Salud.

²³ Incluida y difundida en el *Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador* (Junio de 2004)

8 Impacto de los cambios en la gestión del suministro de medicamentos

Para cada uno de los cambios identificados en la gestión del suministro de medicamentos se analizarán los efectos en la organización y funcionamiento del sistema y en el acceso.

8.1. La desconcentración de la compra y la licitación centralizada de precios

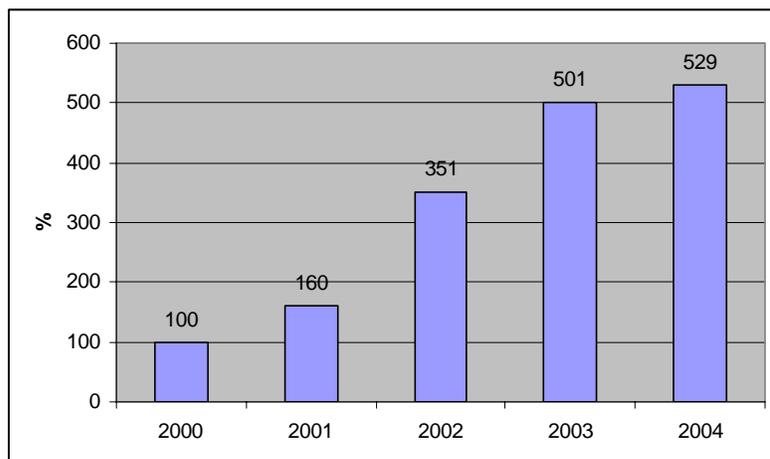
La desconcentración de las compras ha sido el efecto más importante de la reforma sobre el suministro de medicamentos. Potencialmente esta podría tener repercusiones sobre:

- La adherencia de las UO al CNMB
- Los mecanismos de licitación
- Las modalidades de distribución hasta las UO y los sistemas de información
- Los sistemas de control de calidad de los medicamentos
- La disponibilidad de medicamentos en los establecimientos de salud

Para documentar estas repercusiones se requiere información de tres momentos en la evolución del proceso: antes de la desaparición del CEMEIM en 1999, cuando una proporción importante de la compra se encontraba centralizada; del período 2000 – 2004, cuando la compra se desconcentra completamente y después de diciembre de 2004 cuando se inicia un sistema de licitación centralizada de precios.

Los datos recolectados en las UO señalan que, en promedio, el 6.5% del presupuesto institucional ejecutado se destinó a la adquisición de medicamentos (mediana 5.3%) en el 2004. En promedio, los establecimientos de salud ejecutaron el 143% del presupuesto planificado (mediana 102%). De 14 establecimientos que presentaron series financieras completas (2000-2004), se observa un incremento del gasto en 11. Solo tres establecimientos (de 14) reportaron en 2004 un gasto en medicamentos igual o menor que en el 2000. Al sumar el gasto en medicamentos por año de estos 14 establecimientos se nota un incremento constante, pero en proporciones decrecientes en relación al año 2000 (ver gráfico 2). No se cuenta con datos sobre el presupuesto de las unidades desconcentradas antes de 2000. Estos datos sugieren, sin embargo, que la desconcentración de la compra de medicamentos no se ha acompañado de una disminución del gasto en medicamentos de las UO.

Gráfico 2. Gasto total en medicamentos 2001-2004, como proporción del gasto en medicamento en 2000.



Fuente: Datos recolectados en las Unidades Operativas. Marzo 2004

Nota: Estimación para 14 establecimientos que presentaron series completas 2000-2004.

En todas las UO visitadas había un CNMB disponible al momento de la visita. En la mayor parte de casos eran versiones anteriores a la V Revisión de 2004 que estaba siendo distribuido en el mes de Marzo de 2005. Esto representa una notable mejora en relación a la información aportada por el estudio realizado por RPM en 1994, cuando menos de la mitad de establecimientos (42%) contaban con un cuadro básico. En promedio, las listas de medicamentos utilizadas en los establecimientos como referencia para la compra contienen 84 principios activos (250 máximo, 27 mínimo). El número de principios activos disponibles al momento de la visita fue 78, en promedio (250 máximo, 22 mínimo). En 10 establecimientos (33%) se encontraron medicamentos no incluidos en el CNMB. El promedio de medicamentos no incluidos en el listado básico fue de 3 (con un máximo de 8 y un mínimo de 1). En 1994, 3 de 19 establecimientos visitados presentaron listas locales (que eran, en teoría, un sub-conjunto del CNMB) con medicamentos no incluidos en el CNMB. No se dispone de información sobre la disponibilidad en los establecimientos de medicamentos no incluidos en CNMB.

En el 80% de las UO el comité de farmacia decide los fármacos que van a ser adquiridos. Solamente en 3 casos (10%) el farmacéutico toma la decisión y en 2 casos (6.6%) el director del hospital. En el 66% de las UO la cantidad de medicamentos a ser adquiridos es decidida por el comité de farmacia. En el 20% la decisión la toma el farmacéutico. Los requerimientos son usualmente establecidos, en base a los saldos de los medicamentos, por el responsable de la bodega en coordinación con el farmacéutico de la UO. Los requerimientos son enviados al comité de farmacia para su análisis y aprobación. Con frecuencia la aprobación final de los medicamentos a ser adquiridos y las cantidades la toma el director de la institución. Esta situación es bastante mejor que la encontrada por RMP en 1994 cuando apenas se estaban emitiendo las directrices para conformar los comités de farmacia y en las áreas de salud se desconocían sus objetivos y funciones.

En el 87% de las UO los proveedores son identificados en una lista de proveedores pre-calificados enviada por el nivel central. Solamente en 4 casos (13%) la persona entrevistada refirió que los proveedores son seleccionados por relaciones previas que han tenido con la administración de la institución. El informe elaborado por RPM en 1994 no hace referencia al uso de listados pre-calificados de proveedores para orientar las compras de las unidades descentralizadas.

En promedio 13 proveedores de medicamentos (mediana 10) atienden regularmente a cada una de las UO visitadas; el rango varía de 35 a 2. La oferta de proveedores ha aumentado en los últimos 10 años. En 1994 un promedio de 3 proveedores atendía a cada área de salud. En la mayor parte de casos, los proveedores entregan directamente (y en los tiempos previstos) el producto a las UO. El transporte desde la UO hasta los centros y subcentro de salud es provisto por la propia UO en el 66% de los casos. En 2 casos (7%) se utiliza transporte propio de los centros o subcentro y en 2 casos adicionales (7%) los responsables de los subcentro los recogen en transporte público. La situación actual es, en todo caso, mejor que la documentada en 1994, cuando el CEMEIM (responsable del 50% de la compra institucional) mostraba deficiencias en el transporte de los productos hasta las UO.

Cerca de la mitad de responsables en las UO (47%) refirieron que los precios ofertados son evaluados tomando como referencia la lista enviada por el MSP; 26% de los establecimientos, en cambio, refirieron que no hay precios de referencia contra los cuales comparar o analizar las ofertas de los proveedores, y 23% dijeron utilizar la lista oficial de precios para la venta al público en farmacias privadas. En 1994 los precios de adquisición de las unidades descentralizadas podían ser comparados con los precios ofrecidos por el CEMEIM.

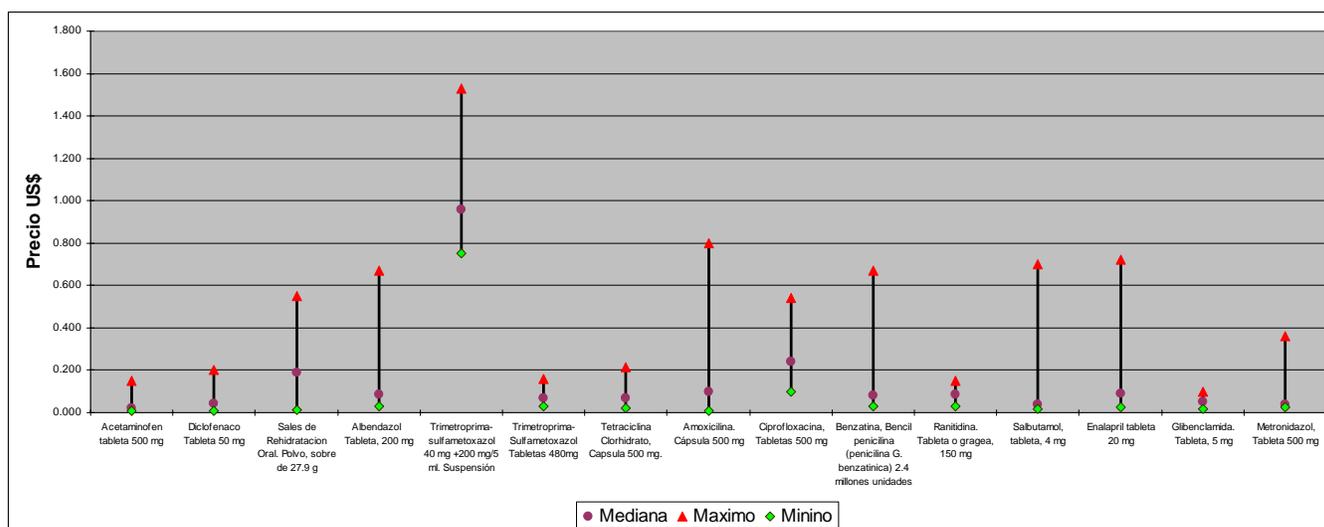
En 21 establecimientos (de 28 que proporcionaron información) más del 80% de las compras de medicamentos se hacen a través de concursos privados (invitación restringida a un número de proveedores pre-calificados). En los 7 establecimientos restantes más del 80% de la compra de medicamentos se realiza a través de compra directa (sin concurso). La mediana del monto anual adquirido en 2004 por concurso privado fue USD 18,000; mientras que para compra directa la mediana fue de USD 8,334. Esto corresponde a las restricciones legales para adquirir montos elevados sin concurso. No hay datos sobre la modalidad de compra utilizada por las UO alrededor de 1994, pero algunas UO hicieron de 2 a 96 pedidos en 1993 lo que hace suponer que el mecanismo privilegiado era la compra directa.

En el 76% de las UO los/as entrevistados refirieron que no se efectúa ningún control de calidad de los productos adquiridos; en el 20% se limitan a exigir el certificado del registro sanitario del producto. En ningún caso se refirió el envío de muestras al laboratorio nacional de referencia "Izquierda Pérez". El 47% de las UO no refirieron problemas con la calidad de los productos adquiridos; en el 43%, en cambio, los responsables de farmacia refirieron haber recibido quejas de fallas terapéuticas por parte de los pacientes o médicos tratantes. Estas quejas no condujeron a la solicitud de pruebas de laboratorio ulteriores. Tres establecimientos (10%) refirieron evidencias físicas de mala calidad (manchas, humedad, derrames, etc) en los productos recibidos durante el

último año. La situación del control de calidad de los productos no difiere significativamente de la encontrada en 1994.

Se analizaron los precios de adquisición para el 2004 de 15 medicamentos trazadores. El gráfico 3 muestra la mediana de precios pagados, el precio máximo y el mínimo. Se aprecia que para la mayor parte de productos existen amplias variaciones entre el precio máximo y el mínimo pagado, lo que sugiere que, al menos algunos establecimientos, no se utilizan una lista de precios únicos que sirvan de referencia para las adquisiciones. Los precios máximos no muestran ninguna concentración en uno, o en un grupo reducido de los establecimientos estudiados. Vale la pena anotar que para casi todos los medicamentos, la mediana de precios de adquisición se aproxima al precio mínimo pagado, lo que sugiere que los precios máximos son la excepción, más que la regla.

Gráfico 3. Mediana y precios de adquisición máximos y mínimos pagados por las UO en 2004



Fuente: Datos recolectados en las Unidades Operativas. Marzo 2004

Para los 15 medicamentos trazadores, 13 establecimientos lograron en el 2004, precios menores que en el 2003. Para estos establecimientos la reducción fue en promedio del 13%. En 17 establecimientos los precios se incrementaron en el mismo período, pero el incremento en promedio fue solo del 1.15%. Al promediar la mediana de la variación de precio (2003 - 2004) para todos los establecimientos, encontramos una reducción de precio del 4%.

En 24 establecimientos (de 30 analizados) los precios de venta al público de las farmacias privadas son superiores en un 54%, en promedio, a los precios de adquisición de reportados por las UO en el 2004 (ver tabla 2). Esto significa que si las UO agregaran el 15% que están autorizadas al momento de la venta al público, los medicamentos deberían ser aun significativamente más bajos que en las farmacias privadas.

Como fue mencionado, la licitación centralizada de precios surge como una reacción a la necesidad de regular las compras desconcentradas mediante la emisión de listados de proveedores autorizados y precios de referencia. Es temprano aun para evaluar el impacto de la licitación centralizada de precios iniciada en diciembre de 2004, particularmente porque al momento de realizar este estudio aun se estaba distribuyendo a las UO el listado de precios y proveedores adjudicados. Por el momento el impacto del proceso solo puede ser juzgado por la eficiencia de la implementación y los precios obtenidos. En el concurso realizado en Diciembre de 2004 se licitaron 131 productos y se adjudicaron 103 (el 79%). En promedio participaron 3.3 proveedores por productos adjudicado. La participación es ligeramente mayor ahora que cuando el CEMEIM se encontraba en operación, considerando que el número de proveedores no ha variado significativamente desde 1994 (ver tabla 1). Sin embargo, merece destacarse que en diciembre de 2004 no se presentaron ofertas para 21 ítems que salieron a concurso. En opinión de algunos informantes²⁴, las bases del concurso imponen algunas restricciones que pueden explicar la falta de participación de los proveedores. Refieren que el requerimiento de entregas 10 días después de requerido el producto por parte de las UO deja poco margen para la producción y distribución, particularmente cuando las UO requieren de forma simultánea medicamentos, inmediatamente después de adjudicado el concurso. Refieren también que la cláusula que establece que las UO pueden canjear los productos adquiridos 60 días antes de la fecha de vencimiento, causa pérdidas al proveedor y perpetúa un mecanismo de programación poco preciso por parte del MSP.

Tabla 1. Participación de proveedores en licitaciones de 1994 y 2004

	Licitación por CEMEIM /1994	Licitación centralizada de precios/ diciembre 2004
Productos licitados	167	130
Productos adjudicados	121 (72%)	103 (79%)
Participantes por producto adjudicado	2.4	3.3

Fuente: 1994 Estudio MSH/ FASBASE; 2004, Comunicación Personal con Dr. Aviles, 23 de Febrero 2004 y Lista oficial de proveedores publicada el 18 de Enero de 2005

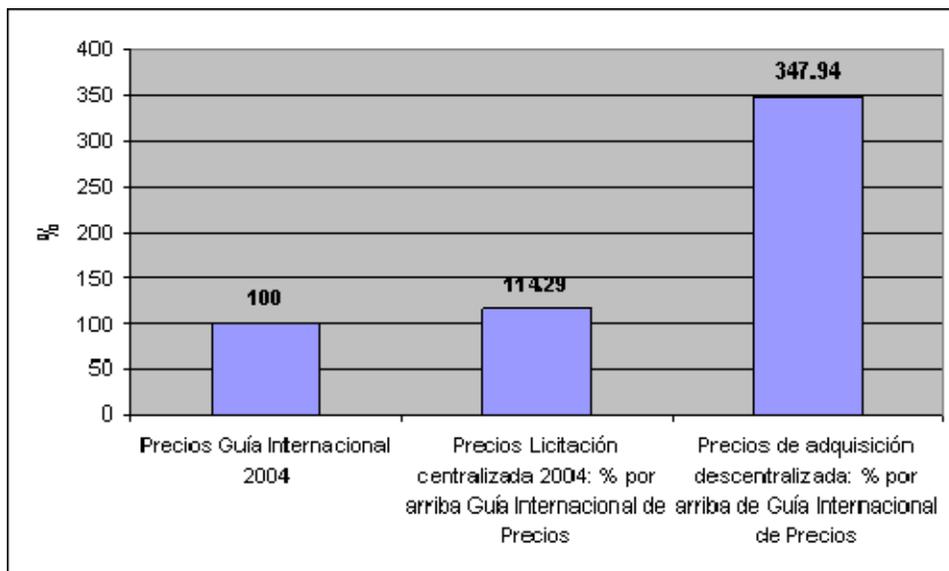
Para el listado de 15 medicamentos trazadores, los precios adjudicados en la licitación de 2004 se encuentran 114% por arriba de los precios publicados en la Guía Internacional de MSH²⁵ (ver gráfico 4). Estos precios, sin embargo, son inferiores en un 58% a los precios de adquisición que obtuvieron las UO los últimos concursos de 2004²⁶ (ver tabla A-1, en el Anexo 3). Esto significa que, aunque los precios obtenidos a través de la licitación centralizada de precios son mejores que los que pueden obtener las unidades desconcentradas, existe la potencialidad de obtener precios bastante más convenientes.

²⁴ Comunicación personal con Andres Icasa (24 de Febrero de 2005) y el Dr. I. Sarrazin (25 Febrero, 2005)

²⁵ MSH / WHO. Internatinal Drug Price Indicator Guide. 2004 Edition.

²⁶ Para estos análisis se utilizó la mediana de las diferencias de precios, que elimina los precios extremos, como el que se pagó por la Penicilina Benzatinica en la licitación centralizada de precios de finales de 2004.

Gráfico 4. Mediana de precios de licitaciones centralizada y descentralizada como proporción de los incluidos en la Guía Internacional de Precios



Fuente: Datos recolectados en las Unidades Operativas. Marzo 2004
MSH/ WHO. Guía Internacional de Precios de Medicamentos. Edición 2004.

El promedio de disponibilidad de medicamentos trazadores al momento de la visita fue de 83% (mediana 84%). Solamente 3 establecimientos presentaron una disponibilidad menor al 60%. Esto representa una mejora considerable en relación a la situación encontrada en 1994, cuando la disponibilidad fue del 46%. El promedio de desabastecimiento durante los 12 meses anteriores a la visita fue de 4.36% (mediana 3.25). Esto representa una mejora importante en relación a 1994, cuando el desabastecimiento en el año previo a la vista fue del 12%. En términos generales, los establecimientos en las áreas más remotas presentaron la menor disponibilidad al momento de la visita y los porcentajes mayores de desabastecimiento en el último año (ver tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de disponibilidad de medicamentos trazadores al momento de la visita y porcentaje promedio de desabastecimiento durante el último año.

	Nombre Establecimiento	Lugar	% disponibilidad	% promedio desabastecimiento
1	Centro de Salud N°3	Río Verde	40.00	5.59
2	Centro de Salud N°1	Esmeraldas	50.00	8.38
3	Hospital Delfina Torres	Esmeraldas	57.14	6.36
4	Centro Salud Area N°4	Atacames	66.67	0.55
5	Centro Salud N°1	Ibarra	66.67	3.29
6	Hospital Dr. Asdrubal de la Torre	Cotacachi	69.23	14.23
7	Hospital San Luis	Otavalo	69.23	2.07
8	Hospital Raúl Maldonado Mejía	Cayambe	72.73	5.40
9	Hospital Pablo Arturo Suarez	Quito	73.33	6.87
10	Centro de Salud N°8 Cotocollao	Quito	77.78	8.04
11	Hospital Enrique Garcés	Quito-Ecuador	78.57	2.05
12	Hospital Provincial Latacunga	Latacunga-Ecuador	80.00	1.21
13	Hospital Puyo Area Salud N° 2	Puyo - Pastaza - Ecuador	83.33	4.36
14	Area de Salud N° 1 Centro de Salud	Puyo-Pastaza-*Ecuador	83.33	23.29
15	Hospital Cantonal Baños Area N° 4	Baños-Tungurahua-Ecuador	84.62	3.20
16	Hospital Pelileo Area Salud N° 5	Pelileo-Tungurahua-Ecuador	84.62	0.00
17	Hospital provincial General Docente Ambato	Ambato-Tungurahua-Ecuador	85.71	6.24
18	Centro de Salud Ambato Area N° 1	Ambato-Tungurahua-Ecuador	90.91	0.00
19	Hospital Cantonal Salcedo	Salcedo-Cotopaxi-Ecuador	90.91	3.69
20	Centro de Salud N° 4 Chimbacalle	Quito-Pichincha-Ecuador	90.91	9.12
21	Hospital Baca Ortiz	Quito-Pichincha-Ecuador	100.00	0.00
22	Centro de Salud Guamani Area G19	Quito-Pichincha-Ecuador	100.00	0.00
23	Hospital Cantonal Sangolqui	Sangolqui-Pichincha- Ecuador	100.00	5.27
24	Hospital Cantonal de Machachi	Machachi- pichincha- Ecuador	100.00	8.62
25	Centro de salud Augusto Egas	Santo Domingo de los colorados-pichincha-Ecuador	100.00	0.00
26	Centro de Salud EL Carmen	El Carmen-Manabí-Ecuador	100.00	0.00
27	Hospital General de Chone	Chone-Manabi-Ecuador.	100.00	0.00
28	Centro de Salud de Chone	Chone-Manabí-Ecuador	100.00	1.42
29	Hospital General de Bahía de Caráquez	Bahía de Caráquez- Manabí-Ecuador	100.00	1.67
30	Centro de Salud de Bahía de Caráquez	Bahía de Caraquez-Manabí-Ecuador	100.00	0.00
	Promedio		83.19	4.36
	Mediana		84.62	3.25
	Máximo		100.00	23.29
	Mínimo		40.00	0.00

Fuente: Datos recolectados en las Unidades Operativas. Marzo 2004

Los medicamentos con más días de desabastecimiento en el año previo a la visita fueron el metronidazol en tabletas de 500 mg (29 días en promedio para todos los servicios con un máximo de 180 días) y las sales de rehidratación oral (24 días en promedio con un máximo de 270).

8.2. Reorganización administrativa de la Unidad de Gestión de Medicamentos

En opinión del personal, la reorganización administrativa de la UGM en la nueva DCMVS no ha modificado sustantivamente sus tareas. Más bien, en esta etapa de reorganización algunas tareas innovadoras que le corresponderían, como la licitación centralizada de precios, están siendo compartidas con otras direcciones.

8.3. Control de precio de los medicamentos

Los efectos del sistema de control de precios son cuestionables porque la metodología para su fijación adolece de algunas inconsistencias. La base del precio la constituyen los costos declarados de producción que podrían ser sobredimensionados para permitir a los proveedores un margen mayor de maniobra en la fijación de precios.

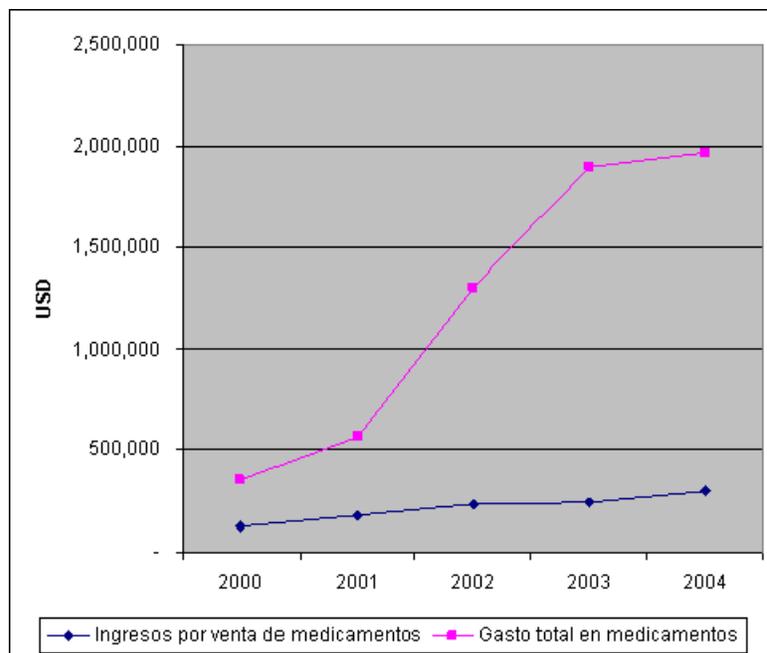
Un estudio elaborado por RPM Plus en 2003 identificó que el Seguro Social Campesino, el MSP y la JBG estaban adquiriendo a precios considerablemente por debajo de los costos de producción estimados. Esto resulta poco probable. Lo más seguro es que los costos de producción “declarados” (o precio de base) están muy por encima de los costos reales de producción. Esto implica que el actual mecanismo de control de precios puede resultar poco efectivo para hacer los medicamentos financieramente más accesibles a la población. Merece destacarse, además, que la base de datos en la que se fundamenta el sistema de fijación y revisión de precios solo incluye nombres comerciales, con lo que resulta difícil hacer un análisis de la diferencia de precios entre medicamentos equivalentes.

Las debilidades de la metodología para fijar los precios máximos de venta al público, quedan ratificados en el análisis de las adjudicaciones de la licitación centralizada de precios de fines de 2004. De 82 productos analizados, 39 ofertaron por debajo de los costos estimados de producción, 1 al mismo costo y 42 por arriba. Sesenta y dos ofertaron por abajo del margen autorizado para comercialización (30% por arriba del costo de producción).

8.4. Recuperación de costos por la venta de medicamentos y creación de fondos especiales

Los ingresos derivados de la venta de medicamentos contribuyen significativamente al presupuesto institucional. En 11 establecimientos que contaban con series financieras completas para 2000-2004, se aprecia un incremento constante durante ese período (ver gráfico 5). El gasto total en medicamentos, sin embargo, ha crecido en proporciones aun mayores sugiriendo que las otras fuentes financieras del gasto en medicamentos (LMGAI y el presupuesto regular del MSP) se han hecho relativamente más importantes.

Gráfico 5. Ingresos por venta de medicamentos al público y gasto total en medicamentos (para 11 establecimientos)



Fuente: Datos recolectados en las Unidades Operativas. Marzo 2004

En opinión de los entrevistados, la gran mayoría de los pacientes atendidos recibe medicamentos sin costo. Hay muy poca desviación en esta respuesta; un establecimiento de Otavalo se refirió que solamente el 15% de pacientes recibe medicamentos sin costo. La proporción de población que recibe subsidio público para la adquisición de medicamentos parece haber aumentado en relación a 1994, cuando cerca del 55% de los pacientes pagaron por los medicamentos.

8.5. Creación de marco legal para mejorar el suministro y el acceso

En opinión de los entrevistados la adquisición de medicamentos por fuera de la Ley de Contratación Pública permite una mayor flexibilidad en las compras y la posibilidad de introducir enmiendas y modificaciones a la normativa, sin necesidad de recurrir a la aprobación de instancias superiores²⁷. La rápida elaboración y aprobación del respaldo legal para la adquisición de medicamentos adjudicados en un concurso público de precios, por ejemplo, ha sido posible gracias a la apertura que ofrece la Ley de Contratación Pública.

El impartido de la ley de genéricos emitida en el año 2000 sobre el precio y disponibilidad de estos medicamentos es difícil de documentar por la falta de datos de base consistentes, o estudios de seguimiento. En 1994 no se contaba con información para establecer la proporción de medicamentos genéricos que se comercializaban en Ecuador (RPM 1994).

²⁷ Comunicación con José Aviles, Febrero 23, 2005.

En 1999 el 7% de los productos que circulaban en el mercado eran genéricos (OPS 2001). De acuerdo a otra fuente, para el mismo año²⁸ los niveles de comercialización de genéricos eran inferiores al 4% en unidades y menores del 1% en valores; los productos innovadores (59.4%) y de marca (39.8%) ocupaban la mayor parte del mercado. Como referencia de los precios al público, solo se cuenta con un estudio elaborado por Acción Internacional para la Salud en 2001 que comparó los precios al consumidor de 10 productos (en sus versiones *innovador* y *genérico*) en 6 países de América Latina²⁹. En general Ecuador presentaba los precios más bajos, pero la diferencia de precio entre *innovador* y *genérico* era la más amplia en 3 de 10 medicamentos analizados (ciprofloxacina 500mg, 1363%; Ibuprofeno 400 mg 769%; Cotrimoxazole 460mg, 1047%).

²⁸ MSP 1999. Comisión de Medicamentos Genéricos. Grupo de Trabajo de Apoyo al Programa Nacional de Medicamentos. Quito, 24 de Febrero de 1999.

²⁹ Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Nicaragua y Peru.

9 Conclusiones

La combinación de un proyecto de largo plazo para modernizar y descentralizar el Estado y de varias iniciativas dispersas en el sector salud ha traído como consecuencia una serie de cambios en el suministro de medicamentos que han pretendido mejorar la eficiencia de la gestión y la disponibilidad y acceso a los medicamentos. No se cuenta con datos sólidos para demostrar que la reorganización administrativa de la UGM ha mejorado la gestión, ni para afirmar que la ley de genéricos y el control de precio de los medicamentos han mejorado la accesibilidad financiera por parte de la población. Los datos incluidos en este estudio, sin embargo, sugieren que la desconcentración de la compra pudo haber tenido un efecto positivo en la eficiencia de la gestión cuando se compara la situación encontrada por RPM alrededor de 1994 y la identificada en este estudio. Los datos recolectados dan cuenta de una situación satisfactoria a juzgar por los siguientes logros:

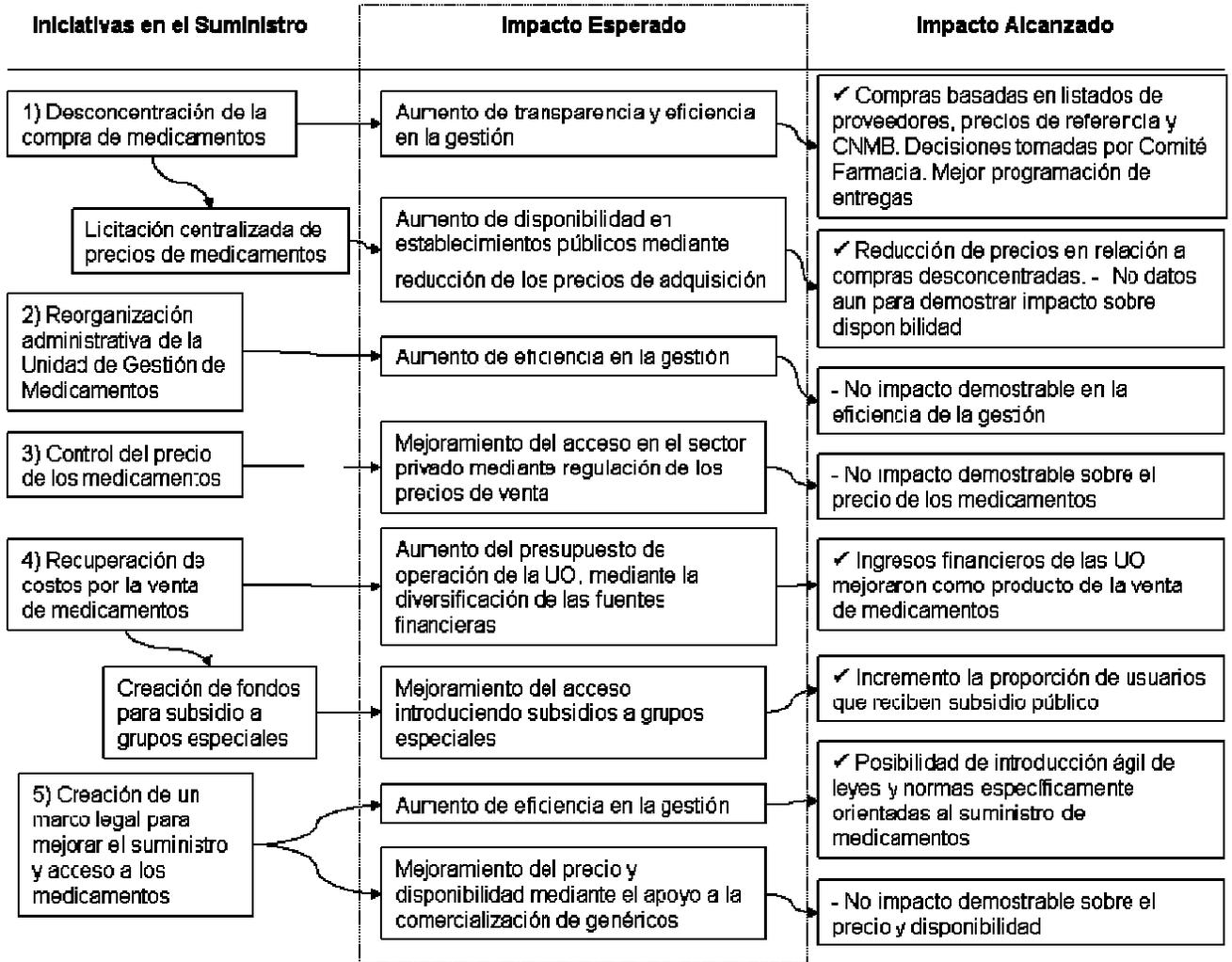
- Existen ahora Comités de Farmacia y disponibilidad de CNMB que orientan el proceso de selección.
- Las adquisiciones desconcentradas derivan, en su mayoría, de concursos competitivos fundamentados en listados de proveedores precalificados.
- El transporte de los medicamentos a las UO, ahora bajo responsabilidad del proveedor privado, es más eficiente.

El hallazgo más significativo fue el aumento de la disponibilidad de medicamentos trazadores al momento de la visita (que se incrementó de 46% en 1994, a 84% en el 2005) y la reducción del número de días de desabastecimiento (que disminuyó de 14% en 1994 a 4.4% en 2005).

Este estudio también documentó un incremento del presupuesto público destinado a medicamentos, fundamentalmente derivado de la LMGAI. El efecto combinado de la mayor disponibilidad de medicamentos en los establecimientos y la extensión del subsidio público puede haber mejorado el acceso a medicamentos por parte de la población. Los funcionarios entrevistados coincidieron en afirmar que la gran mayoría de usuarios reciben ahora medicamentos gratuitos en los establecimientos públicos.

A pesar de los beneficios documentados, la desconcentración de las compras pudo haber traído como consecuencia el incremento de los precios de adquisición por la pérdida de economías de escala. Para enfrentar esta situación el MSP inició recientemente concursos centralizados de licitación de precios. Los precios obtenidos en el primer concurso (Diciembre 2004) son significativamente inferiores a los obtenidos por las unidades desconcentradas. La posibilidad de obtener precios aun mejores son amplias, dado que existe espacio para afinar las bases del concurso y los procedimientos de evaluación y adjudicación de las ofertas. El gráfico 6 resume el impacto esperado y alcanzado de estas iniciativas de cambio en el suministro de medicamentos.

Gráfico 6. Impacto esperado y alcanzado por iniciativas en cambio en el suministro de medicamentos



De esta forma, a pesar de un proceso de RSS desestructurado, el impacto combinado de diversas iniciativas para cambiar el sistema de suministro de medicamentos, parece estar teniendo un efecto positivo sobre la gestión y disponibilidad de medicamentos en los establecimientos públicos. Un proceso de desconcentración y de creación de subsidios generados por las instancias políticas más altas del Ejecutivo y Legislativo fueron centrales para la consolidación de las iniciativas sectoriales. El mismo respaldo será requerido para que la licitación centralizada de precios se constituya en un mecanismo eficiente de compra, utilizado por varias instituciones públicas de forma conjunta.

La siguiente tabla resume la situación encontrada por RPM en 1994 y la documentada en el presente estudio.

Tabla 3. Indicadores seleccionados de la situación del suministro de medicamentos encontrada en 1994 y al momento de este estudio

Componente del suministro	Variable / Indicador	Valor 1994	Valor al momento del estudio
Selección	Disponibilidad del CNMB o una lista de medicamentos en una muestra de establecimientos del sector público	42%	100%
	Establecimientos con medicamentos no incluidos en CNMB	16%	33%
Adquisición	% de unidades descentralizadas que licitan y compran de forma autónoma	100%	100%
	% de presupuesto institucional de medicamentos que se ejecuta de forma centralizada	50%	20%
	% Diferencia de precios en compra centralizada, vrs. descentralizada para una lista de medicamentos trazadores	ND	57% (más bajo en compra centralizada)
	Numero de participantes por producto licitado (en compra/licitación centralizada)	2.4	3.3
Apoyo Gerencial	% ejecutado de del renglón de medicamentos como proporción del presupuesto asignado	ND	102%
Acceso	% de disponibilidad de medicamentos trazadores al momento de la visita	46%	84%
	% de días desabastecidos durante el año previo a la visita, para un grupos de medicamentos trazadores	12%	4.36%
	% de usuarios que reciben medicamentos gratuitos en establecimientos públicos	45%	Incremento*

* Mas del 80%, en opinión de los entrevistados.

10 Referencias

Barillas, E. 2005. *Efectos de la Reforma del Sector Salud en el Suministro de Medicamentos de Guatemala*. Presentado a la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos por Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Barillas, Edgar, David Lee. 2003. *Selección, adquisición, distribución, prescripción y uso de productos farmacéuticos en el Seguro Social Campesino de Ecuador*. Informe presentado al Banco Interamericano de Desarrollo. Septiembre 2003.

CEPAR. (Centro de Información y Documentación Empresarial sobre Ibero América) 1999. *Ecuador: Informa final de la estimación de Cuentas nacionales de Gasto en salud 1995*. CEPAR, Enero de 1999.

CIDEIBER. (Centro de Información y Documentación Empresarial sobre Ibero América) 2005. *Ecuador: Perfil Demográfico y Social*.
<http://www.cideiber.com/infopaises/Ecuador/> consultada 17 febrero 2005

CONCOPE (Consortio de Consejos Provinciales de Ecuador). 2005. *El Proceso de Descentralización en el Ecuador desde los Gobiernos Intermedios: Situación Actual y Perceptivas Futuras*.
<http://www.concope.gov.ec/html/docs/concope/descentralizacionsintesishistorica.pdf>
Consultado 18 de Febrero 2005.

CPM (Center for Pharmaceutical Management). 2000. *Defining and Measuring Access to Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities: Report of the WHO-MSH Consultative Meeting, Ferney-Voltaire, France, December 11–13, 2000*. Prepared for the Strategies for Enhancing Access to Medicines Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.

Echeverría, Ramiro. 1997. *El proceso de reforma del sector salud en Ecuador 1992 – 1997*. CEPAR, Quito, 1997.

MSH/WHO (Management Sciences for Health with the World Health Organization). 2003. *International Drug Price Indicator Guide*. Boston: Management Sciences for Health.

MSP/CONASA. (Ministerio de Salud Pública / Consejo Nacional de Salud). 2004. *Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador*. Quito, Ecuador, Junio de 2004.

OPS/OMS Representación Ecuador (sin fecha) *Acceso Universal y Reforma en Salud en Ecuador*. Documento de trabajo preparado por el Dr. Julio Suárez, Asesor en Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.

OPS/OMS. 2001. *Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador*. 2ª Edición, 8 Noviembre de 2001.

PAHO (Pan American Health Organization). 1997. *Cooperation of the Pan American Health Organization in Health Sector Reform Processes*. Washington.

Roberts, M., W. Hsiao, P. Berman, and M. Reich. 2004. *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. New York: Oxford University Press.

RPM (Rational Pharmaceutical Management) 1994. *Sistema de Suministro de Medicamentos en el Ecuador: Evaluación y Propuesta de Reforma*. Estudio colaborativo FASBASE/ RMP. Noviembre 1994.

Sola, José. 2004. *Ecuador: Una desconcentración incompleta: la reforma del sector salud en Ecuador*. Debate # 61. Quito, Ecuador, Abril de 2004.
<http://www.dlh.lahora.com.ec/paginas/debate/paginas/debate1055.htm> Consultada 18 de febrero de 2005

Unidad Ejecutora LMGAI (Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia). 2004. *Reproducción de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia*. Quito, Ecuador 2003.

11 Anexo 1: Personas Entrevistadas

Lorena Ruiz	Líder del sistema Fármaco-Terapéutico
José Villacís	Director General de Servicios de Salud
Marco Guerrero	Director Ejecutivo del Consejo Nacional de Salud
Hugo Romo	Consejo Nacional de Salud
Ramiro Echeverría	Asesor Organización Panamericana de la Salud
Ketty Sacoto	Farmacéutica Dirección Provincial de Salud de Pichincha
Luis Cifuentes	Director Provincial de Salud de Pichincha
Ivan Canisares	Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
Andrés Icasa	Director ejecutivo de la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos Ecuatorianos
Maria Mercedes Gallegos	Farmacéutica del Hospital de Niños Baca Ortiz
Paulina de Martínez	Misión de USAID en Quito
José Aviles	Director de Aseguramiento de la Calidad del Sistema Nacional de Salud

12 Anexo 2: Unidades operativas visitadas

1	Centro de Salud N°3	Río Verde
2	Centro de Salud N°1	Esmeraldas
3	Hospital Delfina Torres	Esmeraldas
4	Centro Salud Area N°4	Atacames
5	Centro Salud N°1	Ibarra
6	Hospital Dr. Asdrubal de la Torre	Cotacachi
7	Hospital San Luis	Otavalo
8	Hospital Raúl Maldonado Mejía	Cayambe
9	Hospital Pablo Arturo Suarez	Quito
10	Centro de Salud N°8 Cotocollao	Quito
11	Hospital Enrique Garcés	Quito-Ecuador
12	Hospital Provincial Latacunga	Latacunga-Ecuador
13	Hospital Puyo Area Salud N° 2	Puyo - Pastaza - Ecuador
14	Area de Salud Nª 1 Centro de Salud	Puyo-Pastaza-*Ecuador
15	Hospital Cantonal Baños Area N° 4	Baños-Tungurahua-Ecuador
16	Hospital Pelileo Area Salud N° 5	Pelileo-Tungurahua-Ecuador
17	Hospital provincial General Docente Ambato	Ambato-Tungurahua-Ecuador
18	Centro de Salud Ambato Area N° 1	Ambato-Tungurahua-Ecuador
19	Hospital Cantonal Salcedo	Salcedo-Cotopaxi-Ecuador
20	Centro de Salud N° 4 Chimbacalle	Quito-Pichincha-Ecuador
21	Hospital Baca Ortiz	Quito-Pichincha-Ecuador
22	Centro de Salud Guamani Area G19	Quito-Pichincha-Ecuador
23	Hospital Cantonal Sangolqui	Sangolqui-Pichincha- Ecuador
24	Hospital Cantonal de Machachi	Machachi- pichincha- Ecuador
25	Centro de salud Augusto Egas	Santo Domingo de los colorados- pichincha- Ecuador
26	Centro de Salud EL Carmen	El Carmen-Manabí-Ecuador
27	Hospital General de Chone	Chone-Manabi-Ecuador.
28	Centro de Salud de Chone	Chone-Manabí-Ecuador
29	Hospital General de Bahía de Caráquez	Bahía de Caráquez- Manabí-Ecuador
30	Centro de Salud de Bahía de Caráquez	Bahía de Caraquez-Manabí-Ecuador

13 Anexo 3: Tablas anexas

Tabla A-1. Comparación de precios de licitación de 2004 con Guía Internacional de Precios

PRODUCTO	Precios Guía Internacional 2004	Licitación centralizada 2004	Mediana de precios adquisición descentralizada 2004	Precios Licitación centralizada 2004: % por arriba Guía Internacional de Precios	Precios de adquisición descentralizada: % por arriba de Guía Internacional de Precios	Precio de licitación centralizada: % por debajo de adquisición descentralizada
Acetaminofen tableta 500 mg	0.0031	0.01	0.02	222.58	545.16	50.00
Diclofenaco Tableta 50 mg	0.0098	0.011	0.04325	12.24	341.33	74.57
Sales de Rehidratacion Oral. Polvo, sobre de 27.9 g	0.07	0.15	0.19	114.29	171.43	21.05
Albendazol Tableta, 200 mg	0.0396	0.03	0.085	-24.24	114.65	64.71
Trimetroprima-sulfametoxazol 40 mg +200 mg/5 ml	0.408	0.72	0.9575	76.47	134.68	24.80
Trimetroprima-Sulfametoxazol Tabletas 480mg	0.0065	0.017	0.07	161.54	976.92	75.71
Tetraciclina Clorhidrato, Capsula 500 mg.	0.0242	0.042	0.068	73.55		38.24
Amoxicilina. Cápsula 500 mg	0.0295	0.06	0.1	103.39	238.98	40.00
Ciprofloxacina, Tabletas 500 mg	0.0294	0.09	0.25	206.12	750.34	64.00
Benzatina, Bencil penicilina (penicilina G. benzatinica) 2.4 millones unidades	0.239	1.65	0.0825	590.38	-65.48	-1900.00
Ranitidina. Tableta o gragea, 150 mg	0.0184	0.03	0.088	63.04	378.26	65.91
Salbutamol, tableta, 4 mg	0.0036	0.0168	0.04	366.67	1011.11	58.00
Enalapril tableta 20 mg	0.0198	0.05	0.09	152.53	354.55	44.44
Glibenclamida. Tableta, 5 mg	0.003	0.018	0.05	500.00	1566.67	64.00
Metronidazol, Tableta 500 mg	0.0093	0.017	0.04	82.80	330.11	57.50
Promedio				180.09	489.19	-77.14
Mediana				114.29	347.94	57.50

Fuente: Precios adjudicados en el concurso de Diciembre de 2004, proporcionados por el MSP. MSH / WHO. International Drug Price Indicator Guide. 2004 Edition; Datos recolectados en las Unidades Operativas. Marzo 2004

14 Anexo 4: Instrumentos

Instrumento 1: Caracterización de los efectos de la reforma en el suministro de medicamentos

Datos Generales

Nombre de Iniciativa / Proyecto / Programa: _____		
Objetivo (s): _____ _____		
Fecha de Inicio: _____	Fecha de Conclusión (si aplica): _____	
Fase en la que se encuentra:		
<input type="checkbox"/> Planeamiento	<input type="checkbox"/> Implementación	<input type="checkbox"/> Evaluación/Reorientación
Financiamiento: <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Otros _____		
Monto: USD _____		
Director o contacto: _____		
Dirección sede física (unidad ejecutora): _____		
Teléfono: _____	Correo electrónico: _____	

Antecedentes

¿Cuál fue el origen de la iniciativa?
<input type="checkbox"/> Iniciativa nacional explícitamente incluida en proyecto de RSS
<input type="checkbox"/> Iniciativa nacional surgida por efecto de RSS
<input type="checkbox"/> Otros: _____
Comentarios: _____ _____

Si la iniciativa ha surgido por efecto de la RSS, ¿cuáles han sido los componentes de mayor influencia?

Componente	Sí	Explicación
Organización y administración		
• Descentralización		
• Separación de funciones		
• Contratación de servicios		
• Participación social		
• Cambio de modelos de gestión		
Financiamiento		
• Aumento participación privada		
• Aumento participación solidaria		
Prestación de servicios		
• Aumentos de cobertura		
• Paquetes básicos de atenciones		

Descripción de la situación (que se pretende modificar) antes del inicio de la iniciativa:

Descripción de la situación (que se pretende alcanzar) al final de la iniciativa:

Proceso de Planificación

¿Se evaluaron experiencias de otros países antes de su implementación? Sí No

En caso afirmativo, ¿Cuáles? _____

En caso negativo ¿Porqué? _____

¿Se efectuaron estudios de pre inversión? Sí No

En caso afirmativo, ¿Cuáles? _____

En caso negativo ¿Porqué? _____

(Incluir copia de estudios si están disponibles)

¿Se efectuaron estudios piloto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿Cuáles? _____
En caso negativo ¿Porqué? _____

(Incluir copia de estudios si están disponibles)

¿Se efectuaron estudios de línea basal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿Cuáles? _____
En caso negativo ¿Porqué? _____

(Incluir copia de estudios si están disponibles)

De acuerdo a la planificación original, ¿Cuáles eran las etapas de implementación, y cuál la duración de cada una de ellas? _____
¿Cuál sería el presupuesto estimado para su implementación? _____
¿Qué resultados se esperaban? _____ _____ _____

Proceso de Implementación

Ámbito de influencia geográfico: Local <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/>
Comentarios: _____

Población directamente beneficiada: _____ (número)
Descripción del grupo beneficiario (si aplica) _____ _____

Descripción de la iniciativa por componente

Nombre del Componente	Descripción	Resultados esperados (incluir indicadores, si existen)	Proporción del presupuesto asignado (si aplica)

Estructura y funcionamiento de la unidad ejecutora (o departamento encargado de la implementación)	
Recursos humanos	(Número y atribuciones de personal de dedicación exclusiva) _____ _____
Agencias de cooperación que apoyan	(Nombre y descripción de recursos técnicos y financieros) _____ _____
Descripción del modelo operativo interno	_____ _____

Mapeo de actores institucionales	
Actores a favor	Actores en contra
<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____

Factores que han favorecido el proceso de implementación:
<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____

Factores que han obstaculizado el proceso de implementación:

- _____
- _____
- _____

Monitoreo y Evaluación

¿Existe un plan sistemático de monitoreo? Sí No

En caso afirmativo, ¿Cuál? _____

En caso negativo ¿Porqué? _____

¿Se han programado evaluaciones? Sí No

En caso afirmativo, ¿Cuántas se han realizado y cuándo se planifica la próxima?

En caso negativo ¿Porqué? _____

(Incluir copia de las evaluaciones efectuadas)

¿Puede describir de forma sintética los resultados de las evaluaciones?

Efectos de la Reforma del Sector Salud en el Suministro de Medicamentos de Ecuador

Instrumento 2: Boleta de recolección de información: Adquisición Descentralizada de Medicamentos

Instrucciones: Esta boleta será utilizada por los profesionales contratados para recolectar la información en las unidades operativas de salud. Se completará mediante entrevistas con los responsables del suministro en las unidades operativas y revisión de la documentación administrativa allí disponible.

Encuestador:	Fecha:
Nombre de la unidad operativa:	Lugar:
Nivel de Resolución:	

1. Existe un listado nacional o de la unidad operativa que establezca los medicamentos que pueden ser adquiridos? (si, solo si hay presencia física en el establecimiento)	
1.1 Si <input type="checkbox"/>	1.2 No <input type="checkbox"/>
1.3 Comentarios:	

2. Quien decide los medicamentos que van a ser adquiridos?		
2.1 Director <input type="checkbox"/>	2.2 Administrador <input type="checkbox"/>	2.3 Farmacéutico <input type="checkbox"/>
2.4 Comité de farmacia <input type="checkbox"/>	2.5 Otro <input type="checkbox"/> 2.5.1 Especificar _____	
2.6 Comentarios:		

3. Cual es el procedimiento para la selección?
3.1 Comentarios:

4. Quien decide la cantidad de medicamentos que van a ser adquiridos?		
4.1 Director <input type="checkbox"/>	4.2 Administrador <input type="checkbox"/>	4.3 Farmacéutico <input type="checkbox"/>
4.4 Comité de farmacia <input type="checkbox"/>	4.5 Otro <input type="checkbox"/> 4.5.1 Especificar _____	
Comentarios:		

5. Cual es el procedimiento para estimar la cantidad?		
5.1 Se toma como referencia la cantidad ordenada previamente y de efectúan ajustes de acuerdo al presupuesto (presupuesto / histórico) <input type="checkbox"/>	5.2 Una proyección de la cantidad consumida durante los meses pasados (consumo) <input type="checkbox"/>	5.3 De acuerdo al numero de consultas esperadas y el perfil de enfermedad (morbilidad) <input type="checkbox"/>
5.4 Otro: <input type="checkbox"/>		5.4.1 Especificar _____
5.5 Comentarios:		

6. Como identifica y selecciona a los proveedores a los que invitará al concurso (o efectuará la compra directa)	
6.1 Existe un listado de proveedores pre-calificados enviado por el nivel central (debe mostrarlo) <input type="checkbox"/>	6.2 Contamos listado de proveedores calificados en el establecimiento (debe mostrarlo) <input type="checkbox"/>
6.3 No se identifican previamente, todos pueden participar <input type="checkbox"/>	6.4 De acuerdo relaciones previas que ha tenido la administración con los proveedores <input type="checkbox"/>
6.5 Otro: <input type="checkbox"/> 6.5.1 _____	
6.6 Comentarios:	

7. Como evalúa los precios de oferta de los proveedores?	
7.1 De acuerdo a los precios ofertados / adjudicados el año anterior <input type="checkbox"/>	7.2 De acuerdo a un listado de precios de referencia provisto por el MSP (si, solo si hay presencia física en el establecimiento) <input type="checkbox"/>
7.3 De acuerdo a listado de precios tope al consumidor (si, solo si hay presencia física en el establecimiento) <input type="checkbox"/>	7.4 No existen precios de referencia contra los cuales comparar o analizar las ofertas de los proveedores <input type="checkbox"/>
7.5 Otro: <input type="checkbox"/> 7.5.1 _____	
7.6 Comentarios:	

8. Proporción de la compra anual de medicamentos que se realiza en 2004 por:			<u>Comentarios:</u>
Modalidad de Compra	%	Monto	
Concurso público de ofertas (con publicación en medios de comunicación)	8.1 ^a	8.1b	
Concurso privado (invitación restringida a un número limitado de proveedores pre-calificados)	8.2 ^a	8.2b	
Compra directa a proveedores (sin concurso)	8.3 ^a	8.3b	
Otro: 8.4 _____	8.4 ^a	8.4b	
Total	100%	8.5	

9. Indicadores financieros y epidemiológicos:					
Indicador	2000	2001	2002	2003	2004
Presupuesto total de la unidad operativa (ejecutado)	9.1.a	9.1.b	9.1.c	9.1.d	9.1.e
Presupuesto planificado de medicamentos	9.2.a	9.2.b	9.2.c	9.2.d	9.2.e
Presupuesto ejecutado de medicamentos	9.3.a	9.3.b	9.3.c	9.3.d	9.3.e
Costos recuperados por venta de medicamentos	9.4.a	9.4.b	9.4.c	9.4.d	9.4.e
Comentarios:					

10. Como se efectúa el control de calidad de los productos adquiridos?		
10.1 No se efectúa control de calidad <input type="checkbox"/>	10.2 Se envían muestras al laboratorio Izquierda Pérez <input type="checkbox"/>	10.3 Se exige certificado de registro sanitario en el país <input type="checkbox"/>
10.4 Otro <input type="checkbox"/> 10.4.1 Especificar _____		
10.5 Comentarios:		

11. Que problemas han experimentado con la calidad de los productos farmacéuticos que adquieren?		
11.1 Ningún problema <input type="checkbox"/>	11.2 Fallas en los resultados de control de calidad enviados al laboratorio <input type="checkbox"/>	11.3 Quejas de fallas terapéuticas por parte del paciente o médico/a tratante <input type="checkbox"/>
11.4 Evidencias físicas de mala calidad (manchas, humedad, desintegración tabletas al tacto <input type="checkbox"/>	11.5 Otro: <input type="checkbox"/> 11.5.1 _____	
11.6 Comentarios:		

12. Número de medicamentos en el listado del establecimiento, o cuadro básico (por principio activo)	
13. Número de medicamentos actualmente disponibles en el establecimiento (por principio activo)	
14. Número de medicamentos no incluidos en el cuadro básico de medicamentos (por principio activo)	

a. Que porcentaje de pacientes reciben medicamentos sin costo? 15.1 _____ %

b. Que número de proveedores atiende regularmente su unidad operativa? 16.1 _____

c. Quien transporta los medicamentos desde esta unidad operativa hasta los centros y sub-centros de salud?	
17.1 Transporte propio de la unidad operativa <input type="checkbox"/>	17.2 Transporte propio de los centros o subcentros <input type="checkbox"/>
17.3 Los responsables de los subcentros los recogen en transporte publico <input type="checkbox"/>	17.4 Transporte de ONG's o gestionado por la comunidad <input type="checkbox"/>
17.5 Otro <input type="checkbox"/> 17.5.1 Especificar: _____	

Efectos de la Reforma del Sector Salud en el Suministro de Medicamentos de Ecuador

Instrumento 3: Disponibilidad y desabastecimiento de medicamentos

Instrucciones: Esta boleta será utilizada por los profesionales contratados para recolectar la información en los establecimientos de salud. Se completará mediante constatación física de la presencia del medicamento y revisión de las tarjetas de control de existencia (Kardex) en los 12 meses previos a la visita

Encuestador:	Fecha:
Nombre del Establecimiento:	Lugar:
Nivel de Resolución:	

PRODUCTO	Disponible [1] o No [0] ¹	Feb-04	Mar-04	Abr-04	May-04	Jun-04	Jul-04	Ago-04	Sep-04	Oct-04	Nov-04	Dic-04	Ene-05	Total
Acetaminofen tableta 500 mg														
Diclofenaco Tableta 50 mg														
Sales de Rehidratacion Oral. Polvo, sobre de 27.9 g														
Albendazol Tableta, 200 mg														
Trimetroprima-sulfametoxazol 40 mg +200 mg/5 ml. Suspensión														
Trimetroprima-Sulfametoxazol Tabletas 480mg														
Tetraciclina Clorhidrato, Capsula 500 mg.														
Amoxicilina. Cápsula 500 mg														
Ciprofloxacina, Tabletas 500 mg														
Benzatina, Bencil penicilina (penicilina G. benzatinica) 2.4 millones unidades														
Ranitidina. Tableta o gragea, 150 mg														
Salbutamol, tableta, 4 mg														
Enalapril tableta 20 mg														
Glibenclamida. Tableta, 5 mg														
Metronidazol, Tableta 500 mg														

1= Si no usan el producto en el dispensario, indicar NA

Efectos de la Reforma del Sector Salud en el Suministro de Medicamentos de Ecuador

Instrumento 4: Precio de adquisición de los medicamentos y Venta al Público

Instrucciones: Esta boleta será utilizada por los profesionales contratados para recolectar la información en los establecimientos de salud. Se completará mediante revisión de documentos financieros / contables del establecimiento

Encuestador:	Fecha:
Nombre del Establecimiento Público:	Lugar:
Nivel de Resolución:	Nombre farmacia privada:

Producto	Establecimiento Público		Farmacia privada
	2003 Precio Unitario	2004 Precio Unitario	Al momento de la visita Precio Unitario
Acetaminofen tableta 500 mg			
Diclofenaco Tableta 50 mg			
Sales de Rehidratacion Oral. Polvo, sobre de 27.9 g			
Albendazol Tableta, 200 mg			
Trimetroprima-sulfametoxazol 40 mg +200 mg/5 ml. Suspensión			
Trimetroprima-Sulfametoxazol Tabletas 480mg			
Tetraciclina Clorhidrato, Capsula 500 mg.			
Amoxicilina. Cápsula 500 mg			
Ciprofloxacina, Tabletas 500 mg			
Benzatina, Bencil penicilina (penicilina G. benzatinica) 2.4 millones unidades			
Ranitidina. Tableta o gragea, 150 mg			
Salbutamol, tableta, 4 mg			
Enalapril tableta 20 mg			
Glibenclamida. Tableta, 5 mg			
Metronidazol, Tableta 500 mg			

Precio Unitario: En establecimientos públicos se registra precio de adquisición de genérico de menor valor. En farmacia privada se registra precio al público. En ambos casos son precios por unidad (no por caja). Para trimetroprim-sulfa, incluir el número de mililitros en el frasco.