

DESEMPEÑO DEL SISTEMA FARMACÉUTICO EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA DEL SECTOR DE SALUD

Edgar Barillas
Maria Miralles

Mayo 2005



CONTENIDO

ACRÓNIMOS.....	v
ANTECEDENTES	vii
INTRODUCCIÓN	1
SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD Y SISTEMAS FARMACÉUTICOS.....	3
ENTENDER LAS FUNCIONES CLAVE DE UN SISTEMA FARMACÉUTICO	5
Selección.....	5
Adquisiciones.....	6
Distribución.....	7
Uso	8
Apoyo gerencial	9
EVALUAR EL DESEMPEÑO DE UN SISTEMA FARMACÉUTICO.....	11
Eficacia (Acceso).....	11
Eficiencia	15
IDENTIFICAR LAS OPORTUNIDADES Y LOS RETOS PLANTEADOS POR LA REFORMA DEL SECTOR DE SALUD	21
Instrumentos de reforma aplicados al sistema farmacéutico	21
Ejemplos de país	23
REFERENCIAS.....	29

ACRÓNIMOS

CFT	Comité de Farmacia y Terapéutica
DAS	Dirección de Área de Salud
DCI	Denominación Común Internacional
MSH	Management Sciences for Health
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	organización no gubernamental
PIB	producto interno bruto
RPM Plus	[Programa] Rational Pharmaceutical Management Plus
RSS/ALC	Iniciativa de reforma del sector de salud de América Latina y el Caribe
VSM	venta social de medicamentos

ANTECEDENTES

A principios de los años noventa, la convergencia de factores políticos, sociales y económicos en América Latina impulsó lo que se conoce hoy en día como la reforma del sector de salud. Entre esos factores se encontraba la consolidación de las economías de mercado, el aumento de los costos de atención de salud, la renovada importancia del capital humano como motor para el desarrollo económico y la evidente ineficiencia e inequidad del sector público particularmente en las áreas de salud y educación. En este contexto, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial decidieron incluir la reforma del sector de salud para la región en sus agendas técnicas y de financiamiento (OPS 2002). Con su apoyo, la mayoría de los países lograron situarse a finales del decenio entre la fase de diseño y la fase inicial de ejecución de las iniciativas para la reforma. En 1997, la oficina regional para América Latina y el Caribe de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional reconoció la necesidad de apoyar la ejecución y evaluar los esfuerzos de la reforma y otorgó financiamiento a la Iniciativa para la Reforma del Sector de salud de América Latina y el Caribe (RSS/ALC); en 2002, el Programa Rational Pharmaceutical Management Plus (RPM Plus) fue invitado a participar en esta iniciativa.

A pesar de que las reformas del sector público de salud difieren de un país a otro, la mayoría de las reformas planificadas adoptaron enfoques similares y combinaciones estratégicas que consideraban la descentralización, la separación de funciones, el aumento de la participación social, la contratación de servicios al sector privado así como la adaptación de modelos alternativos de administración, financiamiento y atención clínica. Estas estrategias planteaban oportunidades y desafíos particulares para el diseño y la administración del sistema farmacéutico, un subsistema clave del sistema principal de atención de salud. Aunque los sistemas de suministros farmacéuticos del sector público en la región han experimentado cambios, las decisiones para cambiar estos sistemas no siempre han sido capaces de beneficiarse del análisis de las lecciones aprendidas en las experiencias de reforma.

Como una contribución a la iniciativa RSS/ALC, RPM Plus preparó este documento guía destinado a los planificadores y administradores de sistemas de salud, quienes lo utilizarán según consideren conveniente para asegurar el funcionamiento eficaz y eficiente del sistema farmacéutico en el contexto de la reforma del sector de salud.

INTRODUCCIÓN

Las iniciativas para la reforma del sector de salud pueden ofrecer nuevas oportunidades y desafíos para mejorar el desempeño de los sistemas de atención de salud. Las propuestas de reforma a menudo son empresas audaces que incluyen cierto grado de reconfiguración, reorganización y reestructuración de la manera en que los servicios de salud son administrados y financiados. La condición *sine qua non* de la mayoría de los servicios modernos de atención de salud es contar con productos farmacéuticos¹, y a pesar del significativo gasto público y privado en productos farmacéuticos, en muchos países aún quedan grandes segmentos de la población que no tienen acceso a medicinas seguras, eficaces y de bajo costo (OPS 2004). Sin duda alguna, los fármacos son un símbolo tan poderoso de los servicios de atención de salud, que la dificultad para tener acceso a ellos puede indicar el fracaso de las iniciativas para la reforma del sector de salud y puede ser, desde el punto de vista político, devastador para un gobierno (responsabilidad política).

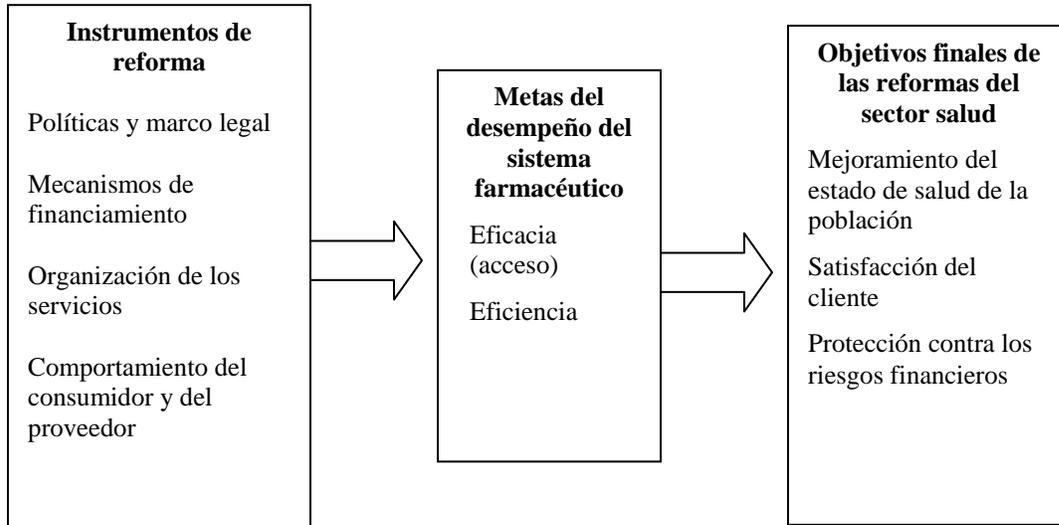
Durante los años noventa, numerosos países del mundo en desarrollo emprendieron reformas del sector de salud, y los investigadores y los planificadores empezaron a formalizar modelos conceptuales y métodos para medir el desempeño de los sistemas de salud según los resultados alcanzados en el acceso, la equidad y la calidad de la atención (comparar Knowles et al. 1997; Murray y Frenck 2000). De esta investigación surgió la comprensión de la complejidad de las acciones y los cambios requeridos para lograr las reacciones y ajustes buscados en entidades tan complejas como un sistema de salud (por ejemplo, Mills et al. 2001; Roberts et al. 2004), incluidos los subsistemas de apoyo (OPS 2002). Sin embargo, y a pesar de la importancia reconocida de los fármacos para la calidad de la prestación de servicios, los factores que influyen en la capacidad del subsistema para garantizar la disponibilidad de productos farmacéuticos tal vez estén integrados de manera errónea o no estar coordinados con otros esfuerzos de reforma (Romero 2002).

Este informe describe un enfoque basado en las pruebas científicas para el análisis crítico y sistemático de un sistema farmacéutico, que es, en gran medida, compatible con el enfoque paso a paso de Roberts y sus colegas (2004; véase la figura 1). Este enfoque es general y no es específico para el contexto latinoamericano pero se presentan ejemplos de América Latina para ilustrar puntos particulares². El documento empieza con la presentación de las funciones clave de un sistema farmacéutico. Continúa con la discusión sobre cómo se pueden medir las metas del desempeño. El enfoque general promueve el uso de indicadores estándar para evaluar los aspectos fuertes y los débiles del sistema, así como para identificar puntos apropiados para la intervención. Las reformas se ejecutan por medio de uno de los cuatro tipos de instrumentos o por una combinación de los cuatro, que incluyen políticas y leyes, mecanismos de financiamiento, reorganización de los servicios y cambio de comportamiento. Se abordan

¹ Los *productos farmacéuticos* se definen como productos medicinales, vacunas, anticonceptivos y suministros médicos y de diagnóstico necesarios para garantizar el uso seguro y eficaz de los productos medicinales.

² Este documento no intenta exponer un examen integral de la evolución o la evaluación de las reformas del sector salud. Se pueden encontrar documentos anteriores que cubren estos temas en <http://www.lachsr.org/es/index.cfm>.

ejemplos concretos de los instrumentos que han tenido efectos en los sistemas farmacéuticos de América Latina.



Fuente: Adaptado de Roberts et al. 2004.

Figura 1. Marco para la evaluación de los sistemas farmacéuticos

SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD Y SISTEMAS FARMACÉUTICOS

Las evaluaciones del desempeño de un sistema de salud suelen incluir preguntas sobre la disponibilidad de fármacos clave a nivel de los establecimientos de salud, como una medida de la calidad de la atención (Knowles et al. 1997). De hecho, se ha reconocido ampliamente que la capacidad de los sistemas de atención de salud para abordar con éxito la mayoría de los problemas modernos de salud se basa en gran medida en la disponibilidad de estos productos y que las personas buscarán atención cuando los fármacos están disponibles. Entonces, podemos deducir que el sistema de suministro de productos farmacéuticos es un subsistema crucial del sistema de salud más amplio y que su funcionamiento eficaz es esencial para el acceso y el uso de los servicios de atención de salud (véase la figura 2).

La gestión de los productos farmacéuticos se define como el conjunto de métodos para ejecutar cuatro funciones clave que están destinadas a garantizar en un entorno de atención de salud determinado la disponibilidad oportuna y el uso adecuado de productos y servicios farmacéuticos que sean seguros, eficaces y de calidad. Un sistema de suministro de fármacos se define por los procedimientos y métodos usados para realizar estas funciones clave.

Los parámetros que determinan cómo se utilizarán esos métodos están determinados por las leyes y los reglamentos vigentes, tales como los que tienen relación con importación y exportación, fabricación, ventas, uso de las medicinas y también las leyes que rigen las cuestiones generales en materia laboral, financiera, y comercial. Cómo y hasta qué punto funciona bien un sistema de productos farmacéuticos estará determinado por la disponibilidad y la calidad de los recursos humanos y financieros, y las prioridades relativas para estos escasos recursos se expresan por medio de políticas de desarrollo nacional, salud y de productos farmacéuticos.



Figura 2. Sistemas farmacéuticos y de salud

La próxima sección describe las funciones clave del sistema farmacéutico. A menudo, estas funciones se abordan directamente por medio de iniciativas de reforma, mientras que en otros casos se incide en ellas de manera indirecta. En la sección que sigue se discute cómo puede medirse el desempeño de un sistema farmacéutico con el fin de identificar oportunidades para mejorar e incidir en las iniciativas de reforma del sector de salud.

ENTENDER LAS FUNCIONES CLAVE DE UN SISTEMA FARMACÉUTICO

Esta sección presenta un resumen general de las funciones clave de un sistema farmacéutico. Estas funciones deben realizarse en cualquier sistema, aunque la forma de lograrlas puede variar de un sistema a otro y muchas iniciativas de reforma del sector de salud pueden influir directa e indirectamente en estas funciones. Una forma de explicar este efecto es que la gestión de los suministros farmacéuticos es de naturaleza cíclica. Por lo tanto, estas funciones se caracterizan por relaciones dependientes en las que la calidad de una función puede afectar la calidad o el resultado de otra (figura 3).

Selección

El número de productos farmacéuticos comercializados en cualquier país puede ser de varios millares, aunque sólo unos pocos son de pertinencia directa para los problemas de salud pública más importantes del país. La capacidad de distinguir los productos que son más útiles y restringir las opciones de los profesionales de salud solamente a esos productos seleccionados es de importancia clínica y financiera para los sistemas de salud.

La función de selección incluye las decisiones y las acciones requeridas para determinar cuáles serán los productos que podrán circular en el sistema. Las prioridades y los criterios de selección suelen detallarse en las políticas nacionales de salud y de medicamentos y deben coincidir con las necesidades clínicas y terapéuticas de la población; de igual forma, deben cumplir con normas aceptadas para la seguridad, eficacia, calidad y relación coste-rendimiento del producto (OMS 2002). La selección también deberá reflejar si el producto es el más adecuado para el nivel de atención (los productos que se requieren a nivel de los dispensarios son diferentes a los que se requieren a nivel de los hospitales). El resultado del proceso de selección puede tomar la forma de un formulario nacional o de una lista de medicamentos esenciales, usualmente en la lista figuran productos farmacéuticos identificados por su denominación común internacional (DCI).



Figura 3. Componentes funcionales de un sistema farmacéutico

El uso de la DCI ayuda a evitar la dependencia de un sólo nombre de marca y permite concentrarse en la molécula particular de interés. Cuando se usan para orientar las adquisiciones, muy parecidas a una lista de compras, las listas de medicamentos esenciales funcionan como herramientas de control de costos porque evitan la compra de artículos no esenciales o “de lujo”. Los sistemas de salud que buscan mejorar las eficiencias para poder mejorar algunas dimensiones de sus eficacias (disponibilidad, asequibilidad, acceso, aceptabilidad) siempre se verán favorecidos si ejecutan o actualizan y mantienen listas nacionales de medicamentos esenciales.

La responsabilidad principal de la selección de los productos farmacéuticos en la mayoría de los sistemas de salud pública compete al nivel nacional, para aprovechar las habilidades y los recursos técnicos disponibles en ese nivel, aunque pudieran existir mecanismos que permitan cierta adaptación. Hay fuerzas poderosas que quizás no apoyen el concepto de las listas nacionales de medicamentos esenciales, principalmente los fabricantes de fármacos que sienten que las listas restringen el acceso de sus productos a mercados potenciales. Para poder realizar sus funciones de forma transparente, los comités de selección necesitan capacitación adecuada y reconocimiento, así como el apoyo de una política o legislación nacional. Los procesos nacionales de reglamentación, en particular el registro, deben apoyar la función de selección para asegurar que los productos seleccionados están disponibles para la venta en el país y que los profesionales de salud están capacitados para garantizar su buen uso.

Adquisiciones

La meta de la función de adquisición es asegurar que se compra al mejor precio posible la cantidad adecuada de productos de calidad y que éstos se entregan cuando se ha previsto. Las actividades clave de la función de adquisición incluyen la cuantificación de las necesidades, compra, recepción y pago. En los sistemas establecidos que cuentan con adquisición centralizada, la cuantificación a menudo implica una metodología para obtener información sobre el consumo real desde el nivel del establecimiento de salud y se totaliza hasta el nivel en el cual se realizan las adquisiciones. Sin embargo, para determinar las cantidades que se encargarán desde el nivel nacional, los sistemas más débiles tienen que confiar principalmente en los datos históricos, en las cantidades precedentes que se enviaron a los establecimientos de salud, los cálculos basados en la población y sustentados por el uso probable de los servicios.

Las estrategias (por ejemplo, centralizadas y descentralizadas) y los métodos (por ejemplo, propuestas competitivas internacionales, licitaciones restringidas, negociaciones competitivas, adquisición directa) que pueden utilizarse para adquirir los suministros están determinadas por las leyes y los reglamentos vigentes que rigen el sistema. Deben ser apropiadas para los tipos de productos buscados, los ciclos presupuestarios y los mecanismos de financiamiento disponibles. Debido a que la mayoría de los sistemas centralizados se fundamenta en el ciclo fiscal anual, la adquisición suele ser un ejercicio anual, aunque por motivos de emergencia o para la compra de productos especiales pueden hacerse pequeñas adquisiciones durante el año. Estas grandes adquisiciones son adecuadas para llamar a licitaciones competitivas internacionales y pueden beneficiarse de las economías de escala. Sin embargo, uno de los problemas de los sistemas altamente centralizados es que pueden ser demasiado voluminosos para ser sensibles a las

variaciones y a las necesidades locales; y los incentivos no suelen estar preparados para controlar los desperdicios y las pérdidas a nivel local.

Algunas iniciativas de reforma buscan mejorar los rendimientos y garantizar más autonomía para los niveles locales mediante la descentralización y la desconcentración de las funciones de adquisición. Sin embargo, concretamente en relación con la adquisición de productos farmacéuticos esta política puede ser problemática. Entre los problemas potenciales relacionados con la descentralización y la desconcentración se encuentran la pérdida de las economías de escala; un menor acceso a los proveedores; la falta de aptitudes locales para evaluar las necesidades, preparar los documentos de adquisición y hacer las adquisiciones, así como una mayor dificultad para tener acceso a los mecanismos de garantía de calidad (véase Barillas 2005b).

En el transcurso de las reformas más importantes que intentan lograr los beneficios de una administración de los servicios públicos más descentralizada, algunos países han optado por retener algunas de las funciones de adquisición en el nivel central. Por ejemplo, las licitaciones con proveedores calificados pueden llevarse a cabo a nivel nacional para conservar las economías de escala y atender asuntos cruciales relacionados con la garantía de la calidad, mientras que las adquisiciones reales se hacen a los proveedores preseleccionados y al precio licitado (como en Brasil, Ecuador, Guatemala y Perú). Allí donde las responsabilidades fiscales están desconcentradas, los recursos pueden combinarse en los niveles subnacionales para crear grupos de adquisiciones y atraer las economías de escala, como sucedió en El Salvador y Perú. Independientemente de cuál sea el plan, se mantiene la necesidad de controles fiscales y sistemas de administración funcionales para asegurar que los cálculos de las necesidades y las cuantificaciones para la adquisición sean precisos, fiables y actualizados y que los fondos estén disponibles según se planificó.

Distribución

La función de distribución incluye el almacenamiento y el transporte de los artículos adquiridos y debe intentar asegurar que los productos fluyan a los establecimientos de salud con un mínimo de desperdicio y pérdida. La gestión del inventario es una responsabilidad fundamental de este componente del ciclo que abarca el monitoreo cercano del movimiento de las existencias dentro y a través del sistema. Esta información se usa para guiar las adquisiciones y para garantizar que no hay desabastecimiento o abarrotamiento a lo largo del proceso.

Los sistemas centralizados se caracterizan por uno o dos expendios médicos centrales que reciben los artículos adquiridos y procesan los pedidos provenientes de los establecimientos de salud de los niveles inferiores. Es probable que los países más grandes tengan un mayor número de expendios. Generalmente, en un sistema multiestratificado hay que prestar mayor atención a las fechas de vencimiento de la vida útil de los productos y considerar que aumentan las probabilidades de pérdidas causadas por daño y robo durante el traslado de los productos de un nivel a otro. El transporte puede ser responsabilidad del expendio central o de los niveles inferiores.

El almacenamiento y el transporte representan costos recurrentes de consideración para los ministerios de salud y, por lo tanto, son las áreas en que resulta más obvio considerar la opción de privatización o de contratación externa. Estas opciones están limitadas por las leyes relacionadas con las ventas y el reemplazo de la propiedad del gobierno, las restricciones sobre privatización y contratación de servicios y las leyes de la administración pública. Por esta razón, las oportunidades para estudiar alternativas surgen cuando en los países se están efectuando reformas mayores, aunque éstas no sean específicas del sector de salud. Para el componente de la distribución, una alternativa al modelo del expendio médico clásico es la de despachar los suministros directamente del proveedor al punto de prestación de servicio. Las condiciones para esta alternativa pueden asentarse en los documentos de adquisición. Este tipo de sistema de distribución requiere que los proveedores tengan la capacidad de hacer entregas programadas, que el establecimiento de salud tenga la capacidad de programar convenientemente los envíos, recibir y almacenar los suministros. Más aún, para que un país tome en cuenta esta alternativa es necesario analizar las consideraciones legales y políticas ya que es posible que ocasionen la eliminación de empleos.

Uso

Esta función del sistema farmacéutico se refiere a las prácticas y los comportamientos asociados con la prescripción, expendio y consumo real de los productos farmacéuticos. El concepto del uso racional de los medicamentos abarca el conjunto de factores que culminan en la disponibilidad de productos farmacéuticos (selección, adquisición, expendio) así como en la garantía de que se logren los resultados terapéuticos buscados. Mientras que los sistemas de salud pública tal vez se concentren en estudiar el comportamiento de los proveedores del sector público, muchos países también procuran además alinear los comportamientos de los profesionales privados con las inquietudes de la salud pública.

Las intervenciones para mejorar el uso de los productos farmacéuticos incluyen el desarrollo y el cumplimiento de las leyes y los reglamentos relacionados con la selección y venta de ciertos productos o las acciones de quienes los recetan y los distribuyen. Las leyes sobre medicamentos especifican los tipos de establecimientos que pueden distribuir o vender medicamentos, y quiénes pueden prescribir ciertos productos. Los procedimientos de registro e inspección buscan apoyar el cumplimiento de esas leyes y reglamentos. Sin embargo, en muchos países la habilidad para realizar esas actividades es muy débil, o sencillamente no existe.

Otros tipos de intervenciones pueden ser educativas o informativas por su naturaleza misma, o de carácter gerencial. El desarrollo y el uso de pautas de tratamiento estándar representan un tipo de intervención que procura influir en el comportamiento relacionado con la prescripción de medicamentos mediante la información. Los proveedores de servicios de salud pueden recibir capacitación sobre estas pautas, pero es más probable que el comportamiento buscado se logre y se mantenga cuando está apoyado por intervenciones gerenciales (tales como la supervisión y la formación de comités sobre medicamentos y terapéutica).

Apoyo gerencial

El componente de apoyo de gestión incluye los recursos financieros, humanos e informativos necesarios para asegurar el funcionamiento eficaz del sistema de suministro. Muchas de las metas de la reforma sectorial y de la modernización en general, influyen directamente en este componente. De particular pertinencia para el sistema farmacéutico son las cuestiones acerca de los cambios en los sistemas financieros, las reformas de la administración pública y los cambios en los lugares de la toma de decisiones para todos los otros componentes del sistema farmacéutico. Sin el necesario apoyo de gestión, todo el sistema puede llegar a detenerse. Las reformas del sector de salud suelen influir fuertemente en esta función del ciclo de suministro.

Entre los principales retos que se plantean a los sistemas de salud se encuentra la escasez de capacidad humana calificada en las áreas clínicas y de gestión. Entre las causas de la escasez se encuentran la distribución inadecuada del personal (concentración en centros urbanos); falta de recursos para reclutar, capacitar y apoyar a los trabajadores de salud; y migración de personal calificado a zonas donde hay más oportunidades para el desarrollo y el crecimiento profesionales (MSH 2004). Esta brecha en los recursos humanos también ha influido en la disponibilidad de personal para realizar las funciones del sistema farmacéutico. La escasez de farmacéuticos y otros profesionales de la farmacia ha forzado a considerar cuáles funciones de la farmacia pueden ser realizadas responsablemente por otro tipo de personal de salud, tales como enfermeras o asistentes de farmacia, siempre que reciban la capacitación adecuada.

EVALUAR EL DESEMPEÑO DE UN SISTEMA FARMACÉUTICO

Una porción considerable del gasto en salud está relacionado con el sistema farmacéutico, y, por esta razón, los planificadores de salud, bien sea en el contexto de la reforma del sector de salud o no, deberían estar preocupados acerca de la capacidad para medir el desempeño de su sistema farmacéutico. Dentro del contexto de la reforma del sector de salud, la capacidad para comparar el desempeño del sistema vigente con un modelo alternativo o modificado resulta sumamente informativa para los responsables de la toma de decisiones cuando tengan que proponer o aceptar iniciativas de reforma. Las evaluaciones de desempeño permitirán determinar si las iniciativas han tenido el efecto buscado.

El desempeño de un sistema farmacéutico puede evaluarse en términos de eficacia (¿Se han logrado los resultados?) y eficiencia (¿Qué niveles de esfuerzos se necesitan para lograr resultados?). Las evaluaciones son necesariamente comparativas por naturaleza. Las comparaciones pueden hacerse con el desempeño de otros sistemas de salud (seguridad social en comparación con el ministerio de salud, en comparación con el sector privado). Estar en capacidad de medir y monitorear el desempeño a lo largo del tiempo obviamente es útil para determinar si se están alcanzando las metas y si hace falta hacer ajustes. En la medida en que los sistemas farmacéuticos apoyen el sistema de salud más amplio, el desempeño de éste depende del desempeño de aquél; por esta razón, muchos de los criterios de evaluación de cada sistema corresponden a los del otro.

Las siguientes secciones definen importantes dimensiones de desempeño para el sistema farmacéutico. Se presentan indicadores clave. Los datos necesarios para estos indicadores pueden obtenerse de informes estándar generados a partir de sistemas de información sobre salud, información sobre cuentas de salud y sistemas de información de gestión farmacéutica. Sin embargo, en muchos casos, sencillamente no se dispone de datos, por diversas razones: los sistemas de información creados antes de efectuarse las reformas no permitían incluir las partidas presupuestarias de interés luego de la reforma; la información no está disponible en el formato necesario para el análisis; o la información está demasiado incompleta porque los sistemas en general son débiles e ineficaces (a menudo se trata de un ámbito que puede mejorarse con la reforma). Obtener los datos necesarios del nivel del establecimiento suele exigir un esfuerzo especial.³

Eficacia (Acceso)

La eficacia de un sistema de suministro farmacéutico puede definirse por el grado en que logra acceso a productos y servicios farmacéuticos esenciales y de calidad (los servicios necesarios para asegurar el uso apropiado de los productos farmacéuticos).

³ La metodología detallada sobre cómo realizar una evaluación del sector farmacéutico puede consultarse en Management Sciences for Health (MSH), *Rapid Pharmaceutical Management Assessment: An Indicator-Based Approach* (1995) y se encuentra en el sitio <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?language=English&file=8.60.htm&module=toolkit>.

El acceso a los productos y servicios farmacéuticos se ha definido para reflejar cuatro dimensiones cruciales del acceso, cada una de las cuales influye en el uso general de los servicios de salud, a saber: disponibilidad, acceso geográfico, asequibilidad y aceptabilidad⁴.

- *Disponibilidad:* La presencia continua del producto deseado o seleccionado en las cantidades necesarias en los establecimientos donde deben encontrarse.
- *Accesibilidad geográfica:* La relación entre el lugar donde se encuentran los productos o servicios y la ubicación del usuario final de alguno de ellos (cobertura).
- *Asequibilidad:* La relación entre el precio del producto o servicio y la capacidad del usuario para pagarlo.
- *Aceptabilidad:* La relación entre las características de los productos y servicios ofrecidos y las actitudes y expectativas del usuario o del proveedor acerca de los productos o servicios.

Disponibilidad de fármacos y de servicios farmacéuticos

Los servicios de salud dependen en gran medida de la disponibilidad de medicamentos esenciales. Por esta razón, la disponibilidad regular de fármacos se considera como un indicador clave de la calidad de los servicios de salud. La disponibilidad regular de fármacos de calidad y los servicios relacionados con su utilización adecuada pueden considerarse como la medida óptima de la eficacia de un sistema farmacéutico. Los indicadores clave para medir la disponibilidad son:

- Porcentaje promedio de un conjunto de fármacos trazadores cuya vida útil no ha caducado que se encuentra disponible en una muestra de farmacias/dispensarios en un momento particular en el tiempo (día de la visita)
- Porcentaje promedio del tiempo en que un fármaco estuvo agotado durante un período de un año (por lo menos, durante un período de adquisiciones) para un conjunto de fármacos trazadores con vida útil vigente en una muestra de farmacias/dispensarios
- Presencia de un proveedor/expendedor calificado en el momento de la visita

Los fármacos trazadores son un subconjunto de productos esenciales que deberían estar disponibles en el tipo de establecimiento estudiado. Por esta razón, la lista de fármacos trazadores que se utiliza en establecimientos de atención primaria de salud será diferente de la lista que se utiliza en los establecimientos de nivel terciario. También es importante señalar que los productos cuya vida útil ya ha caducado y que tal vez se encuentren en los estantes del dispensario no se consideran como disponibles (aunque en realidad tal vez se utilicen de todos modos).

⁴ Véase MSH/Strategies for Enhancing Access to Medicines, que incluye documentos de antecedentes y programas de países que utilizan este enfoque en <http://www.msh.org/seam/3.1.htm>.

La determinación de las calificaciones apropiadas para los proveedores y los expendedores se fundamenta en las leyes y reglamentos locales y en los requisitos para obtener una licencia que permita desempeñar esas funciones. Estas calificaciones deberían guardar relación con la preparación formal recibida así como con cualquier capacitación adicional que pudiera recibirse, entre otras la formación continua.

Los bajos niveles de disponibilidad de productos farmacéuticos pueden estar relacionados con fallas en la función de adquisiciones, desde la cuantificación y presupuestación inadecuadas hasta el desempeño deficiente del proveedor. Los niveles bajos de proveedores calificados pueden reflejar niveles bajos de cumplimiento de las normas, pero es posible que también sean reflejo de una verdadera escasez de recursos humanos.

Accesibilidad geográfica

Esta dimensión del acceso refleja la distribución de los servicios y la equidad en su disponibilidad. La accesibilidad geográfica toma en consideración el tiempo y la distancia necesarios para tener acceso a medicamentos y servicios esenciales. De particular interés, son las diferencias entre las poblaciones rurales y urbanas, pero otras comparaciones tal vez sean pertinentes en cualquier contexto particular. Los criterios específicos para determinar tiempos y distancias aceptables deberán ser pertinentes para el contexto particular que se está evaluando. Entre los indicadores que pueden utilizarse para evaluar esta dimensión del acceso se encuentran los siguientes:

- Porcentaje de la población que vive a una distancia de más de dos kilómetros de una fuente autorizada de productos farmacéuticos
- Tiempo promedio necesario para ir a pie hasta la fuente autorizada de productos farmacéuticos más cercana
- Proporción del tiempo promedio necesario para viajar hasta la fuente autorizada de productos farmacéuticos más cercana para la población urbana y para la rural

En muchos países, el sector privado tiene un alcance geográfico más amplio que el sector público, y por esta razón la asociación con el sector privado, en particular con farmacias privadas, puede ser una opción interesante para los países que buscan ampliar su alcance geográfico. La inversión en establecimientos del sector público puede estar mejor enfocada en áreas donde no hay fuerzas naturales del mercado para atraer la actividad del sector privado.

En particular, para el suministro de fármacos es importante observar la distinción entre fuentes autorizadas y no autorizadas. En muchos países, los productos farmacéuticos pueden encontrarse en cualquier mercado, en las cestas de los vendedores callejeros, y en todas las variedades de expendios. Si bien estas fuentes de fármacos tal vez estén bien distribuidas, no se consideran como autorizadas. La mala distribución de las fuentes autorizadas puede estar relacionada con fuerzas adversas del mercado, falta de recursos humanos calificados, y la aplicación inadecuada de las leyes y reglamentos relacionados con la distribución y la venta de productos farmacéuticos. Inevitablemente, la mitigación de este problema exige un fuerte apoyo político para reorientar los

recursos a objeto de compensar las fuerzas adversas del mercado o una inversión para mejorar las aptitudes y las calificaciones de los expendedores autorizados, o quizás ambas condiciones.

Asequibilidad

Los economistas definen la asequibilidad como un concepto relativo que abarca una apreciación de la noción de disponibilidad de pagar y elasticidad de los precios. Sin embargo, desde la perspectiva de un sistema farmacéutico, la medida de asequibilidad considera los precios comparativos con respecto al paciente por unidad y por tratamiento. Entre los indicadores clave se encuentran:

- Diferencia en el precio promedio unitario en el sector público y en el privado para un conjunto de productos farmacéuticos trazadores con vida útil vigente
- Número promedio de días de trabajo necesarios para pagar por un curso de tratamiento estándar recomendado para las enfermedades trazadoras (indexadas por categoría de ingreso)
- Proporción del porcentaje promedio de ingreso requerido para pagar por un curso de tratamiento estándar recomendado para las enfermedades trazadoras entre los quintiles de mayores y de menores ingresos

Mientras que los países procuran ampliar los servicios, pero sin poder aumentar las contribuciones de las arcas públicas, cobrar a los pacientes por los servicios de salud—incluso por los fármacos—se convirtió en una forma más común de financiar la atención de salud. Se formularon diversos planes de pago y de recuperación de costos. Algunos planes cubrían todos los fármacos con un precio único, independientemente de los costos unitarios reales, mientras que otros cobraban tarifas separadas para las consultas clínicas y para los medicamentos que se expendían. Además, se hicieron asignaciones para grupos especiales, tales como indigentes, mujeres con niños pequeños y los ancianos. Estas formas diferentes de determinar los precios y de cómo tendrán que pagar los pacientes por sus tratamientos debería considerarse en la selección de los indicadores apropiados de asequibilidad.

Las marcadas diferencias en los precios pueden guardar relación con la preferencia en el sector privado por productos de marca o importados. Si la función de adquisiciones en el sector público logra aprovechar las economías de escala, los precios unitarios deberían reflejar esta ventaja en relación con los precios en el sector privado.

Aceptabilidad

Esta dimensión del acceso se relaciona más directamente con los conceptos de calidad y satisfacción desde las perspectivas tanto del proveedor como del cliente o paciente. Entre los indicadores de aceptabilidad se encuentran:

- Porcentaje de clientes/pacientes que notifican satisfacción con el resultado de la última visita al establecimiento público o privado que expende productos farmacéuticos

- Porcentaje de prescripciones que reflejan los tratamientos estándar para las enfermedades trazadoras
- Porcentaje de establecimientos con fuentes de información actualizada, sin sesgo, acerca de fármacos por proveedores
- Porcentaje de establecimientos con fuentes de información actualizada, sin sesgo, acerca de fármacos por pacientes
- Presencia de productos vencidos no registrados en dispensarios/farmacias

La notificación de los niveles de satisfacción del cliente o paciente con los servicios farmacéuticos exige la comprensión de las expectativas en cuanto a los servicios, lo que puede ser un problema cuando lo que se sabe del potencial de los servicios es muy poco y las expectativas son muy bajas. Por esta razón, los movimientos destinados a defender los derechos del cliente/paciente también tienen un componente educativo que consiste en aumentar los conocimientos y las expectativas al respecto.

Mejorar el acceso a los servicios y, por ende, a las medicinas es una de las metas principales de la mayoría de las reformas del sector de salud y, como tal, es el indicador que se mide más comúnmente. A medida que las reformas ganan impulso y experiencia con su ejecución, aumenta el número de estudios publicados que examinan la eficacia de las reformas utilizando medidas claras de acceso (por ejemplo, Mejía Restrepo et al. 2002; Romero 2002). La información es mucho más limitada acerca del efecto de las iniciativas de reforma sobre la eficiencia del sistema farmacéutico.

Eficiencia

La eficiencia es una medida de la eficacia que se concentra específicamente en la relación entre insumos (por lo general, recursos financieros y humanos) y en los resultados deseados (efecto). En términos de los sistemas farmacéuticos, podemos medir la eficiencia con la que se alcanza cada uno de los componentes o funciones principales para asegurar que los fármacos de calidad están disponibles cuando se necesitan. Las medidas de eficiencia comparadas a lo largo del tiempo o entre sistemas se utilizan para identificar oportunidades de reducción de costos o la necesidad de aumentos de costos. En última instancia, debido a que los fármacos y la gestión de los sistemas farmacéuticos representan uno de los mayores costos para el sistema de salud (costos financieros, así como el costo político asociado con un desempeño inadecuado), la eficiencia de un sistema financiero afecta la sostenibilidad del sistema de salud más amplio. Por esta razón, asegurar que se aborden las eficiencias regularmente debería ser una preocupación de primer orden para los que participan en la formulación de iniciativas destinadas a la reforma de los sistemas de salud.

Eficiencia en las asignaciones

Muchas de las reformas del sector de salud procuran ampliar el alcance de los servicios de salud a poblaciones que no tenían acceso a los servicios. *La eficiencia en las asignaciones* se refiere a si el presupuesto y los gastos en materia de salud reflejan las prioridades del sistema. Por ejemplo, en un sistema que procura asegurar el acceso a los servicios de atención primaria de salud para la población, cabría esperar que la mayor parte del presupuesto para medicamentos se gastara en medicamentos esenciales y no en medicinas que se utilizan normalmente en los establecimientos especializados de tercer nivel. Pueden utilizarse varios indicadores para comparar el gasto en productos farmacéuticos y abordar la pregunta “¿cuánto es suficiente?” Muchos de estos indicadores no permiten la separación entre los costos derivados de la administración del sistema farmacéutico y los precios pagados por los fármacos, pero pueden utilizarse para comparar el desempeño de un programa con programas de otros países de la misma región cuyos niveles de desarrollo y de producto interno bruto (PIB) sean similares. Las comparaciones ente subgrupos pertinentes de la población (por nivel de ingreso o por grupo de intereses especiales) también generarán información que puede influir en las decisiones de asignación de recursos.

- Gasto farmacéutico por cápita
- Gasto farmacéutico como porcentaje del PIB
- Gasto privado en productos farmacéuticos como porcentaje del gasto total en estos productos
- Gasto farmacéutico como porcentaje del total del gasto en salud
- Gasto desembolsado por el consumidor en productos farmacéuticos como porcentaje del ingreso familiar

Eficiencia técnica

La eficiencia técnica se refiere a la calidad del desempeño del ciclo farmacéutico. Es mucho más difícil de medir pero, sin embargo, es aquí donde muchas de las iniciativas de reforma del sector de salud tienen un efecto significativo. La eficiencia técnica abarca tanto las decisiones sobre terapéutica (uso y selección del producto) como los aspectos operativos (gestión, adquisiciones y distribución).

La eficiencia terapéutica se aborda mediante el establecimiento y el mantenimiento de listas o formularios de medicamentos esenciales, así como de estudios sobre el uso de los fármacos. Los datos de gastos y consumo pueden evaluarse por categoría terapéutica para determinar si el uso refleja lo que cabría esperar o si es lo adecuado, en vista de los datos sobre morbilidad. Tal vez habría sido posible lograr algunos ahorros identificando tratamientos que se repiten o reemplazando productos costosos por otros de menor precio de la misma categoría terapéutica. Los estudios sobre uso de los medicamentos también podrían revelar prácticas irracionales de prescripción que resultan en costos más altos para los tratamientos. Debido que este tipo de

evaluación requiere tener acceso a buena información y las aptitudes para evaluarla, la responsabilidad para asegurar las eficiencias en materia de terapéutica recae en comités calificados de farmacia y terapéutica (CFT), que tal vez existan solamente a nivel nacional en varios países. Aun así, el CFT quizás no cuente con las aptitudes necesarias para realizar este tipo de evaluación.

Las reformas del sector de salud que plantean la posibilidad de contratar externamente y de privatizar los servicios se basan generalmente en la noción de que se lograrán mayores eficiencias operativas. La iniciativa está relacionada con los esfuerzos de modernizar sistemas sumamente burocráticos que tradicionalmente están asfixiados por las leyes de la administración pública y por el reconocimiento de que el sector privado, especialmente en un entorno competitivo, dispone de incentivos para aumentar al máximo las eficiencias. Esas opciones para trabajar con el sector privado deberían considerar siempre la fortaleza y la madurez del sector privado y el nivel de competitividad. Los planificadores de la reforma que no efectúan una evaluación seria del sector privado antes de diseñar y poner en práctica iniciativas que fomenten una función más importante del sector privado, pueden llevarse una gran decepción.

Los indicadores clave del desempeño de un sistema farmacéutico se derivan de las siguientes cuatro categorías de costos (véase MSH 1997, 645–49, que presenta más detalles sobre el tema):

Costos de adquisición: El costo de hacer las compras habituales planificadas de productos farmacéuticos en un período examinado (usualmente un ciclo presupuestario o un año). Este costo incluye no sólo los precios pagados por los productos sino también cualquier otro gasto (como los de envío y seguro) relacionado con la adquisición. Por lo general, esta información puede obtenerse fácilmente de una oficina de adquisiciones. Si la adquisición se hace a niveles más bajos, esa información también debe obtenerse para el análisis.

Costos de las compras: A diferencia de los costos de adquisiciones, estos costos se relacionan con el acto de hacer las compras. Entre ellos se encuentran los sueldos de los que participan en estas actividades, los suministros y los costos de comunicación relacionados con la gestión de las ofertas, la preparación y envío de órdenes de compras y la recepción de los productos. A menudo es difícil conseguir esta información, debido, en parte, a que es poco probable que se encuentre en un sólo lugar o esté compilada de manera que sea fácil consultarla. Los costos de personal quizás no se contabilicen de tal forma que sea fácil determinar quién participa en el proceso de adquisición, cuánto de su tiempo se dedica realmente a esas actividades y qué parte de esos suministros se utilizan específicamente para las adquisiciones. En estas situaciones, que son muy comunes, hay que calcular los costos sobre la base de la información disponible.

Costos de mantenimiento de existencias (distribución): Todos los costos asociados con la administración del inventario, entre ellos el alquiler de los almacenes, servicios públicos, sueldos, comunicaciones, equipo (incluida la depreciación), y otros suministros, así como los costos relacionados con el transporte (combustible, mantenimiento, reparaciones) y costos asociados con pérdidas de existencias debido a desperdicio, robos y vencimiento de la vida útil del producto, contribuyen a los costos de distribución. Muchos de estos costos pueden encontrarse fácilmente en un expendio de productos médicos, pero algunos son costos que solamente se

captan a nivel nacional, por eso se necesitarán estimaciones. Los costos deben obtenerse de todos los niveles del sistema (tales como expendios regionales y distritales).

Costos debidos a escasez: Los costos cuantificables abarcan gastos en compras de emergencia (por lo general, disponibles) y cálculos de pérdida de ingresos (si se aplica la recuperación de costos); más difíciles de cuantificar son los costos asociados con el aumento de la morbilidad y la mortalidad que puede resultar del agotamiento de las existencias, y el costo político de perder el apoyo de los beneficiarios.

Un análisis comparativo del desempeño del sistema actual con otro sistema que esté funcionando en el mismo país es sumamente útil para identificar áreas potenciales para mejorar las eficiencias. Las comparaciones entre el sector público y el privado con fines de lucro son las más comunes, aunque comparar el desempeño de las organizaciones no gubernamentales (ONG) también es muy útil. Entre los indicadores clave de la eficiencia que deben evaluarse se encuentran:

- El promedio de la diferencia en porcentaje entre los precios unitarios pagados por un conjunto de productos seleccionados y los precios comparables pagados (a los niveles apropiados). Aunque los costos de adquisición incluyen los precios pagados y cualquier gasto asociado, es posible evaluar los precios solamente. Entre los factores que influyen en los precios se encuentran las economías de escala y el nivel de competencia. Las licitaciones competitivas internacionales, por ejemplo, tienden a aumentar al máximo las oportunidades para que compitan los proveedores de la mayoría de los productos. Los precios pagados por productos obtenidos a través de adquisiciones locales o de emergencia pueden compararse con los precios pagados a los que presentaron ofertas, pero no sería apropiado comparar los precios internacionales de licitaciones con los precios al detalle⁵.
- Los costos de compra expresados como un porcentaje de los costos de adquisición de los medicamentos, para comparar la eficiencia de la función de adquisiciones. Debido a que cada adquisición implica costos de compra, debe reducirse al mínimo el número de adquisiciones.
- Pérdidas de inventario (debidas a vencimiento de la vida útil del producto, robo, daños, y otros) como un porcentaje del valor promedio del inventario. Los valores del sector privado tienden a ser más bajos que los del sector público.
- Rotación de inventarios promedio, calculada como el valor de los productos distribuidos dividido por el valor promedio del inventario. Aunque está influenciada en cierta medida por el ciclo de adquisiciones, la rotación de inventarios, es un indicador de si el costo de las existencias es razonable. En el sector privado, la rotación puede ser casi mensual, mientras que en los sistemas públicos lo más común son de tres a seis rotaciones por año.

⁵ Por ejemplo, la *Guía de Indicadores de Precios Internacionales de Medicamentos* de MSH, que se publica regularmente, presenta los resultados de las licitaciones de fuentes reconocidas por producto y genera un precio promedio, o mediano, pagado con el cual otros programas pueden comparar sus propios resultados. La guía puede consultarse en línea en http://www.msh.org/resources/publications/IDPIG_2004.html.

- Los costos de personal, los costos del espacio físico, costos de transporte y otros costos operativos directos como porcentaje de los costos totales de las existencias. Estas medidas se utilizan para evaluar la proporción relativa de los costos totales atribuibles a cada categoría de costos.
- El costo total de las existencias expresado como porcentaje de los valores de los fármacos distribuidos (o inventario promedio). Esta proporción es una medida de la eficacia en función de los costos del mantenimiento de servicios internos en lugar de contratar externamente algunos o todos los aspectos del almacenamiento y la distribución.
- Los costos de la escasez (por ejemplo, valor de las compras de emergencia) como un porcentaje de los costos totales, que mide la eficacia en función de los costos de los métodos de adquisiciones. Los costos altos de la escasez en relación con los costos totales deberían generar preguntas acerca de por qué ocurrió la escasez (tal vez fue causada por mala cuantificación; ciclos presupuestarios que no coinciden; pérdidas de inventario exageradas debidas a vencimiento de la vida útil de los medicamentos, robo o daño).

Equipado con estas medidas, el analista del sistema de salud está preparado para caracterizar la eficacia y la eficiencia del sistema farmacéutico, y al entender el funcionamiento del ciclo de suministro, para identificar el origen de esos problemas. Lamentablemente, quizás sea difícil efectuar esos análisis porque los datos de calidad son escasos, y en algunos casos ni siquiera existen. Cuando no se dispone de datos (no existen o son inaccesibles), a veces es posible deducir estimados razonables tomando el tiempo necesario para familiarizarse con las estructuras de costos de otras entidades u organizaciones en el mismo o en contextos comparables. Con esta información y con una buena comprensión del contexto socioeconómico y político particular, los planificadores del sector de salud pueden considerar opciones para intervenciones más realistas.

IDENTIFICAR LAS OPORTUNIDADES Y LOS RETOS PLANTEADOS POR LA REFORMA DEL SECTOR DE SALUD

El enfoque presentado en este documento empieza con una comprensión de las funciones clave de un sistema farmacéutico y cómo medir el desempeño del sistema. Este conocimiento suministra la base para la definición de los problemas de desempeño y cómo pueden abordarse mediante iniciativas de reforma. Los objetivos y las metas de desempeño, derivados de la asignación de prioridades estratégicas a los problemas, el examen ético y los análisis políticos y técnicos, tienen que definirse claramente y ponerse en funcionamiento para que sean útiles.

Uno de los retos que se plantea a los planificadores y gerentes es el de no separar el sistema farmacéutico en componentes muy pequeños. La concentración en solamente una o dos áreas de desempeño puede conducirnos a no percibir los efectos no buscados que tienen las iniciativas en todos los componentes y niveles del sistema. Si bien es cierto que existen varias oportunidades para que las situaciones sean favorables para todos, a menudo se requiere optar por soluciones intermedias, especialmente cuando las metas de desempeño no se basan exclusivamente en las eficiencias económicas. De igual manera, aunque los esfuerzos de reforma destinados concretamente al sistema farmacéutico comparten los mismos principios de la reforma más amplia del sector, los analistas deberían tener en cuenta la posibilidad de que haya una duplicación de funciones, brechas inesperadas y costos innecesarios (Romero 2002).

Esta sección trata sobre tipos de estrategias para mejorar el desempeño del sistema. Concluye con una presentación breve de dos ejemplos de país.

Instrumentos de reforma aplicados al sistema farmacéutico

Roberts y colaboradores (2004) describen cuatro tipos de instrumentos o estrategias por medio de las que las iniciativas de reforma procuran alcanzar sus objetivos y se exponen en la figura 1. Entre los instrumentos que suelen ser más pertinentes para el desempeño del sistema farmacéutico se encuentran:

Marco legal y de política: Las políticas nacionales de medicina definen los principios y valores que guían el desarrollo de un sistema farmacéutico, tales como los conceptos de medicamentos esenciales, uso racional de los medicamentos y acceso equitativo. Esos principios y valores deben ser congruentes con la política general de salud o apoyarla. Las leyes y los reglamentos nacionales sobre los medicamentos (tales como las leyes sobre los fármacos genéricos y su registro) establecen los parámetros para determinar cómo se realizarán las funciones y actividades específicas dentro del sistema farmacéutico. Entre estos parámetros se encuentran, por ejemplo, la determinación de qué tipo de profesionales y de establecimientos están autorizados para la prescripción y el expendio, qué productos pueden circular en el mercado (sectores público y privado), y cómo importar y exportar productos⁶. Una dificultad común que

⁶ La Organización Mundial de la Salud elaboró pautas generales acerca de cómo formular y llevar a la práctica políticas generales de productos farmacéuticos destinadas principalmente a los países que no tienen ninguna política vigente (OMS 2003).

se presenta a los países en este sentido es la falta de recursos suficientes o de la voluntad política para hacer el seguimiento de que se cumplen las leyes y reglamentos, así como para asegurar que la política se mantiene actualizada y es pertinente para las necesidades y las prioridades en materia de salud.

Muchas iniciativas quizás se retrasen seriamente o no lleguen a ponerse en práctica porque no están apoyadas por una política o ley nacional o son contrarias a ella. Las leyes vigentes que tal vez sea necesario abordar son las leyes sobre la administración pública, importación y venta de productos farmacéuticos, leyes y reglamentos relacionados con las calificaciones de los expendedores, y políticas de precios y de adquisiciones. En algunos casos, el proceso de introducir una nueva ley o de modificar una ley es muy largo, y se corre el riesgo de que las iniciativas se pongan en marcha antes de tener el respaldo de una ley, como es el caso del Ecuador, donde varias iniciativas de reforma se pusieron en práctica antes de que se hubiera adoptado un fundamento legal integral de apoyo (Barillas 2005b).

Mecanismos de financiamiento: Antes de las reformas, la mayoría de los sistemas de salud en América Latina financiaban sus sistemas farmacéuticos totalmente con fondos del presupuesto central del ministerio de salud. De acuerdo a las iniciativas de reforma que buscan ampliar el acceso a poblaciones que antes no estaban protegidas, era obvio que dichos fondos no bastaban, con lo cual quedaban dos opciones que no son necesariamente excluyentes entre sí: encontrar nuevas fuentes de ingreso y mejorar la gestión (eficiencia) con la que se utilizan los fondos existentes. Las iniciativas de reforma han introducido mecanismos alternativos que tienden a trasladar parte de la responsabilidad y la carga del financiamiento más cerca del establecimiento y a los niveles del usuario para propósitos de recuperación de costos (generación de ingresos). Donde se han descentralizado o desconcentrado las responsabilidades financieras a niveles más bajos, las opciones incluyen la agrupación de recursos para las adquisiciones (como en El Salvador). Entre los mecanismos para recuperar y compartir costos que influyen en el paciente se encuentran los costos que sufraga el paciente por las medicinas, programas de beneficios ofrecidos por las farmacias y fondos rotatorios. Lamentablemente, muchos fondos fracasan porque el diseño es inadecuado o porque los controles administrativos no se ponen en práctica como debe ser (como en el Perú). Los productos farmacéuticos también pueden financiarse por medio de capital o con donaciones en especie. Para algunos países, los fondos donados pueden ascender hasta 40 por ciento del presupuesto para fármacos (como en Nicaragua). Sin embargo, hay costos asociados con la recepción de donaciones, y si las donaciones consisten en productos de mala calidad o que no se ajustan a las necesidades clínicas de la población, tal vez cuesten más de lo que valen⁷.

Organización de los servicios: Para alcanzar los objetivos de ampliar el acceso a la atención de calidad y para aumentar las eficiencias, muchas reformas de salud en América Latina han considerado opciones para privatizar o contratar los servicios externamente. En los países donde existe la capacidad local en el sector privado, y el sector público cuenta con la capacidad para la gestión de los contratos, las opciones podrían ser la contratación con el sector comercial para

⁷ La Organización Mundial de la Salud preparó un documento de orientación para ayudar a los programas a formular y aplicar donaciones farmacéuticas que puede consultarse en <http://www.who.int/medicines/library/par/who-edm-par-1999-4/who-edm-par-99-4.pdf>.

todas o algunas de las funciones principales de gestión. Por ejemplo, los sistemas podrían considerar la contratación con proveedores de primera clase, o con distribuidores de primera clase, para la gestión de las adquisiciones de productos farmacéuticos, gestión de la distribución (almacenamiento y transporte), y estudios sobre el uso de los fármacos. Otras de las opciones incluyen dar incentivos para fuentes alternativas de medicamentos esenciales asequibles en regiones descuidadas por el sector comercial tradicional, como acceso a productos de menor costo (como en Guatemala y Nicaragua).

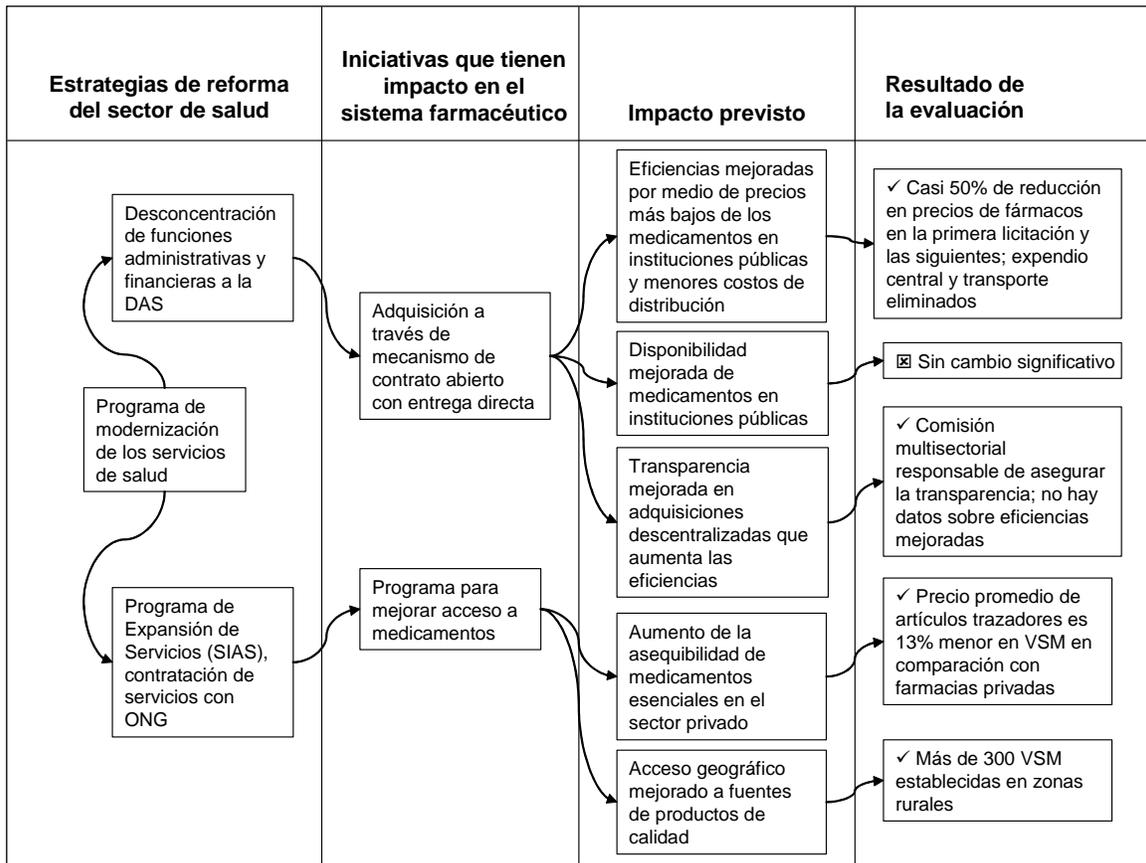
Comportamiento del proveedor de servicios de salud y del consumidor: Los comportamientos relacionados con el uso de los medicamentos en los que las reformas tratan de influir, o el aspecto de la demanda del sistema, son tan importantes como el aspecto del suministro en relación con la forma en que se administran los recursos. Dos comportamientos clave y de pertinencia especial son la prescripción y el uso de los medicamentos. En general, tres tipos principales de intervenciones procuran modificar comportamientos, a saber: las gerenciales, las educacionales y las reglamentarias. Las intervenciones gerenciales destinadas a los proveedores de servicios de salud están concebidas para orientar los diagnósticos y la prescripción de medicamentos; ellas incluyen herramientas tales como protocolos de tratamiento estándar, formularios restringidos (tales como las listas de medicamentos esenciales), las auditorías y los incentivos correspondientes. De igual manera, las intervenciones gerenciales para orientar a los pacientes incluyen incentivos para que busquen medicamentos genéricos en lugar de los de marca, que suelen ser más costosos. Las intervenciones educativas se basan en la hipótesis de que si las personas están informadas acerca del comportamiento apropiado, van a modificar su comportamiento de acuerdo a esta información. Las intervenciones educativas abarcan varios tipos de programas de educación continua para el personal de salud, así como folletos informativos, tanto para los proveedores de servicios de salud como para los pacientes. Las intervenciones de control procuran obligar a las personas a comportarse de la forma adecuada. Cuando se utiliza una combinación de dos o más tipos de intervención se logran cambios más duraderos (Le Grand et al. 1999; Radyowijati y Haak 2003). Dentro del contexto de la reforma del sector de salud en particular, las oportunidades para asegurar que los proveedores y los pacientes entiendan la necesidad de una gestión farmacéutica racional (desde la selección hasta el uso) se presentan a través de la formación de consejos y comités multisectoriales y locales de salud que incluyan a representantes de la comunidad.

Ejemplos de país

Guatemala: Mejorar las eficiencias, la asequibilidad y el acceso geográfico por medio de licitaciones centralizadas basadas en precios por nombre genérico, entrega directa y farmacias sociales

En 1996, Guatemala inició un proceso acelerado de reforma del sector de salud que ha tenido consecuencias significativas para la gestión de los productos farmacéuticos. Dos objetivos principales de la reforma consistieron en mejorar las eficiencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y abordar las desigualdades en el acceso a la atención, especialmente para la población rural. Esta política seguía los lineamientos de los Acuerdos de Paz, que definieron las prioridades y los valores socioeconómicos para el desarrollo del país y

sirvieron de base al gobierno para adoptar la estrategia de “modernización”⁸. En conjunto, estas dos estrategias impulsaron la modificación del mecanismo ya vigente de contratos abiertos para permitir la adquisición de medicamentos genéricos en el sector público. La adquisición incluía términos para la entrega directa a la autoridad local de salud, la Dirección de Área de Salud (DAS). La cobertura ampliada se lograría firmando contratos con ONG que trabajan en las zonas rurales y el Programa Acceso a los Medicamentos (véase figura 4).



Fuente: Adaptado de Barillas 2005a.

Figura 4. Iniciativas de reforma que influyen en el sistema farmacéutico de Guatemala

Contrato abierto: La desconcentración de las funciones financieras y administrativas al nivel de la autoridad local de salud, la DAS, que se considera como una autoridad más fuerte que los estados, además de un aumento en el financiamiento destinado a las adquisiciones descentralizadas para el fondo rotatorio de medicamentos existente, permitieron algunas mejoras cruciales en los lapsos que debían esperar los proveedores para recibir sus pagos. Aunque los proveedores pueden tramitar las compras directamente con la DAS, la ventaja para la DAS de las economías de escala se perdieron. Para recuperarlas, el gobierno modificó el mecanismo de

⁸ Esta reforma abarcó todo el gobierno y los cambios se hicieron en todas sus entidades, no solo en el MSPAS.

adquisiciones vigente conocido como el contrato abierto para permitir la adquisición de productos farmacéuticos. De acuerdo a este mecanismo, la solicitud de licitaciones para obtener el mejor precio por nombre genérico está centralizada (en el Ministerio de Finanzas y Planificación), sobre la base de cantidades combinadas de las tres principales instituciones públicas que participan en la adquisición de medicamentos. Los proveedores ganadores firman contratos con el gobierno para vender los productos designados, incluida la entrega, por el precio adjudicado, a la DAS.

Los precios de la licitación combinaban el precio de los medicamentos y su distribución a la DAS, por eso no fue posible comparar los precios de los medicamentos separadamente de los costos de distribución. Sin embargo, desde la primera licitación realizada de acuerdo al mecanismo de contrato abierto, la ganancia neta para el MSPAS con respecto al enfoque anterior completamente descentralizado se calcula en unos 33 millones de dólares estadounidenses⁹. Esta cifra no incluiría los ahorros obtenidos del cierre del expendio central de medicinas y la eliminación de los servicios de transporte del MSPAS. No está claro si para la DAS aumentaron los costos como resultado del aumento de sus responsabilidades, el volumen de inventario recibido, o las nuevas necesidades en cuanto al personal.

La disponibilidad de medicamentos esenciales en los centros y puestos de salud del MSPAS no mejoró significativamente: de 60 por ciento en 1992 a 68 por ciento en 2002. Sin embargo, la duración promedio del período de desabastecimiento disminuyó de 32 por ciento a 17 por ciento. No está claro si el desabastecimiento es resultado de una mala administración de los inventarios o de fallas de parte de los proveedores.

Venta social de medicamentos: En 1997, el MSPAS empezó a contratar con ONG para prestar servicios básicos de salud con miras a ampliar el acceso a los servicios, con los medicamentos suministrados por intermedio del MSPAS y expendidos en forma gratuita a los pacientes. Se permitió a las ONG que establecieran farmacias sin fines de lucro conocidas como venta social de medicamentos (VSM), que vendían medicamentos esenciales comprados a las ONG a precios de contrato abierto. Las VSM ubicadas en las zonas rurales pueden agregar hasta 35 por ciento de su precio de compra para la venta al público, mientras que las situadas en zonas urbanas no pueden agregar más del 33 por ciento.

El acceso geográfico aumentó considerablemente ya que el número de VSM pasó de 50, al comienzo del programa, a 866, que en 2004 abarcaba 35 por ciento de la población. La asequibilidad también se abordó de manera positiva. En 1999, los precios de las medicinas en las farmacias privadas eran aproximadamente 6 veces mayores que las vendidas en las VSM; en 2004, la diferencia se duplicó.

Retos y oportunidades: Entre los principales retos que se plantean a la ejecución de las iniciativas para mejorar el sistema farmacéutico se encontraba la oposición expresada por algunos proveedores de productos farmacéuticos al contrato abierto. El contrato abierto representaba una amenaza para los proveedores en pequeña escala que dependían de las relaciones particulares que tenían con sus clientes en lugar de participar en licitaciones

⁹ Estos fondos excedentarios se destinaron al aumento de sueldos para los empleados del MSPAS y contribuyeron a ampliar la cobertura de servicios básicos.

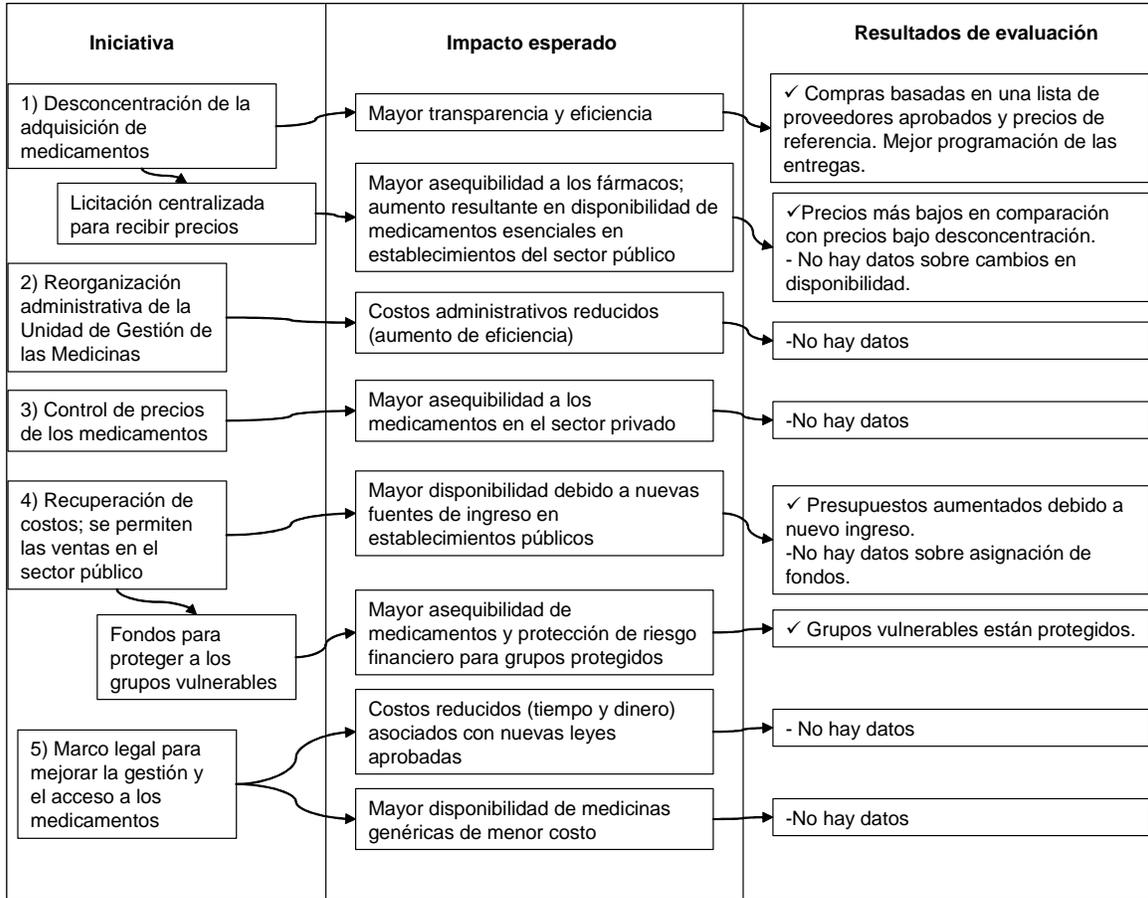
competitivas. Expresaron su preocupación de que los grandes proveedores con contactos internacionales desplazarán a las empresas nacionales más pequeñas, lo que representaba una situación contraria a los objetivos más amplios de desarrollo de la región. Para asegurar que las inquietudes de los proveedores se oyeran y se tuvieran en consideración, fueron invitados a nombrar un representante en el Comité Multisectorial de los Medicamentos que tenía la responsabilidad de velar por que se hicieran las modificaciones adecuadas.

Algunos proveedores habían expresado preocupación acerca de la posibilidad de abrir las puertas a la adquisición de medicamentos genéricos de mala calidad. A objeto de abordar esta cuestión, el laboratorio nacional de control de calidad fue mudado a otro lugar, recibió una dotación de equipos nuevos, su personal asistió a cursos de capacitación y se procedió a contratar a empleados nuevos.

Una debilidad significativa del sistema que también era necesario abordar era la capacidad, a nivel local, para calcular las necesidades adecuadamente. Para los proveedores resultaba difícil manejar cantidades poco fiables y éstas generaban desconfianza. También se veían afectados los pagos. En respuesta a esta cuestión, el MSPAS se ocupó de contratar a un farmacéutico para cada DAS quien prepararía listas y cantidades para las adquisiciones. Ahora, cuando ocurre alguna escasez, se dice que lo más probable es que se deba a fallas de parte de los proveedores, que no logran mantenerse al ritmo de la demanda.

Ecuador: Adquisiciones centralizadas con compras locales, controles de precios, recuperación de costos, protección de grupos especiales, y marco legal

La reforma del sector de salud en el Ecuador puede caracterizarse por una serie de esfuerzos frustrados, impulsados en gran medida por fuerzas externas al sector de salud mismo y dirigidos por un movimiento más amplio de reformas políticas y sociales. La mayoría de las iniciativas que se relacionan de alguna forma con el sistema farmacéutico no estaban dirigidas específicamente a él. Las iniciativas que podrían potencialmente influir en el desempeño del sistema farmacéutico se presentan en la figura 5, aunque algunas de ellas se han ejecutado demasiado recientemente para poder evaluarlas.



Fuente: Adaptado de Barillas 2005b.

Figura 5. Iniciativas de reforma que tienen efectos en el sistema farmacéutico en el Ecuador

Los dos temas principales de la reforma en el Ecuador, al igual que sucede con la mayoría de los otros países de la región, son la modernización y la descentralización, con el objetivo de mejorar las eficiencias y abordar las desigualdades sociales. Desde el comienzo de los años noventa, se empezaron a poner en práctica diversas iniciativas para alcanzar estas metas. Sin embargo, fue solamente en 1998 que se publicó la Política Nacional de Salud, que enunciaba con claridad las prioridades en materia de salud y las estrategias para abordarlas.

A partir de los primeros años del decenio de los noventa, las responsabilidades administrativas y financieras se desconcentraron cada vez más hacia los hospitales y las zonas provinciales de salud, conocidas colectivamente como unidades operativas, que comprendían la recuperación de costos de los medicamentos, que siguió siendo una estrategia clave.

Otras fuentes de financiamiento para las unidades operativas incluían un presupuesto anual del Ministerio de Salud, fondos especiales recibidos a través de un programa específico para la salud materno-infantil. La participación social en la toma de decisiones para la gestión de servicios de

salud iba a ocurrir a través de consejos de salud a nivel provincial y cantonal y de los comités para la participación social, aprobados en 1999.

Desconcentración con adquisiciones centralizadas: Como suele suceder, la desconcentración de funciones aportó algunos beneficios, pero a un costo muy alto. Aunque no está bien documentada, la adquisición local probablemente exigió un nivel de esfuerzo más alto para el personal y generó una pérdida de las economías de escala. Como medida correctiva, el Ministerio de Salud decidió poner en práctica la adquisición centralizada por precios que se efectuaría por medio de la compra local. De conformidad con la Ley Genérica, aprobada en 2000, los productos que se iban a adquirir tenían que ser genéricos. La primera licitación por precios se hizo en 2004.

Según Barillas (2005b), hay pruebas que sugieren que mejoró la disponibilidad, al menos en parte, debido a la introducción de la adquisición descentralizada: en 2004, la disponibilidad promedio de un conjunto de artículos trazadores había aumentado 37 por ciento, desde 46 por ciento en 1993. El tiempo promedio de existencias agotadas en un período de 12 meses disminuyó a 8 por ciento, desde 12 por ciento en 1993. Sin embargo, Barillas también observa que las zonas más remotas siguen expuestas a mayor riesgo de experimentar más agotamiento de existencias y durante períodos más largos.

Controles de precios: El sistema de controles de precios procuraba establecer topes para los precios de las medicinas vendidas al público en las farmacias privadas. Se suponía que los topes se iban a calcular sobre la base de los costos de producción. En principio, los controles de precios buscarían asegurar que no se especularía con los precios. Lamentablemente, los datos son insuficientes, y además hay ciertas dudas acerca de la validez de los datos, para determinar si los precios al público estaban controlados o eran más bajos de alguna forma debido a esta intervención.

Recuperación de costos y fondos para proteger a los grupos vulnerables: Los ingresos por la venta de medicamentos a los pacientes contribuyen al presupuesto general de las unidades operativas. Sin embargo, los gastos en medicamentos han aumentado en forma exponencial en comparación con los ingresos, lo que indica que otros fondos (del Ministerio de Salud, el programa de salud materno-infantil, o ambos) se han vuelto más importantes, y por ende, que los grupos vulnerables están recibiendo protección. Las pruebas anecdóticas sugieren que el número de pacientes exonerados de pago ha venido aumentando.

Retos y oportunidades: Ecuador acaba de poner en práctica algunas iniciativas que tienen potencial para influir de manera significativa en la disponibilidad de medicamentos de calidad y a bajo costo. No está claro si hay sistemas de información en funcionamiento para monitorear y evaluar los cambios a lo largo del tiempo en los indicadores de desempeño. El alto nivel de inestabilidad política en el país ha constituido un gran reto para los esfuerzos de reforma. Solamente cabe esperar que, al estar respaldadas con buenas pruebas del desempeño del sistema farmacéutico, las decisiones gerenciales puedan anular las políticas.

REFERENCIAS

- Barillas, E. 2005a. *Efectos de la Reforma del Sector Salud en el Suministro de Medicamentos de Guatemala*. Presentado a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- Barillas, E. 2005b. *Efectos de la Reforma del Sector Salud en el Suministro de Medicamentos de Ecuador*. Presentado a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por Rational Pharmaceutical Management Plus Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- Knowles, J. C., C. Leighton, y W. Stinson. 1997. *Medición de Resultados de la Reforma del Sector Salud en cuanto al Desempeño del Sistema: Guía de Indicadores*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform/Abt Associates, Inc.
- Le Grand, A., H. V. Hogerzeil, y F. M. Haaijer-Ruskamp. 1999. "Intervention Research in Rational Use of Drugs: A Review." *Health Policy and Planning* 14: 89–102.
- Mejia Restrepo, S. M., A. L. Vélez Arango, O. C. Buritica Arboleda, M. C. Arango Mejia, y J. A. Rio Gómez. 2002. "La política farmacéutica nacional en Colombia y la reforma de la seguridad social: acceso y uso racional de medicamentos." *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro* 18 (4): 1025–39.
- Mills, A., S. Bennett, y S. Russell. 2001. *The Challenge of Health Sector Reform: What Must Governments Do?* Houndmills, U.K.: Palgrave.
- MSH (Management Sciences for Health). 1997. In collaboration with the World Health Organization Action Programme on Essential Drugs. *Managing Drug Supply: The Selection, Procurement, Distribution, and Use of Pharmaceuticals*. 2nd ed., revised and expanded. West Hartford, CT: Kumarian Press.
- . 2004. "Tackling the Crisis in Human Capacity Development for Health Services." *The Manager* 13(2). http://erc.msh.org/TheManager/English/V13_N2/V13_N2_En_Issue.pdf.
- Murray, C. J. L., y J. Frenck. 2000. "A Framework for Assessing the Performance of Health Systems." *Bulletin of the World Health Organization* 78 (6): 717–31.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2000. *World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: OMS. www.who.int/whr.
- . 2002. "The Selection of Essential Medicines." *WHO Policy Perspectives on Medicine* 4. <http://www.who.int/medicines/library/general/PPMedicines/ppm04eng.pdf>

———. 2003. “How to Develop and Implement National Drug Policy.” *WHO Policy Perspectives in Medicine* 6.

http://www.who.int/medicines/library/general/PPMedicines/PPM_No6-6pg-en.pdf

———. 2004. *The World Medicines Situation*. WHO/EDM/PAR/2004.5. Geneva.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2002. *La Salud en las Américas*. Volumen 1. Publicación Científica y Técnica No. 587. Washington, DC.

Radyowijati, A., y H. Haak. 2003. “Improving Antibiotic Use in Low-Income Countries: An Overview of Evidence on Determinants.” *Social Science and Medicine* 57: 733–44.

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

Romero, C. P. 2002. “Reforma del sector salud y la política farmacéutica en Perú.” *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro* 18 (4):1121–38.