

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

Edgar Barillas

Marzo 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

Alrededor de 1996 Guatemala inició un proceso de reforma del sector salud que tiene importantes implicaciones en la gestión del suministro de medicamentos. Las iniciativas más sobresalientes lograron reducir significativamente el precio de los medicamentos adquiridos por las instituciones públicas y desarrollar una red de ventas no lucrativas de medicamentos que puso a disposición de los usuarios medicamentos a bajo precio. RPM Plus desarrolló instrumentos para evaluar los efectos de la reforma del sector salud en el suministro de medicamentos y documentar experiencias nacionales que, como la de Guatemala, pueden ser ilustrativas para otros países de la región.

Citación Recomendada

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.

Palabras Clave

Reforma del Sector Salud, Medicamentos, Suministro

INDICE

ABREVIATURAS.....	iii
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN EJECUTIVO.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	5
ARTICULACIÓN ENTRE RSS Y GESTIÓN DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS...	11
IMPLICACIONES PARA LA NUEVA AGENDA DE REFORMA.....	27
REFERENCIAS.....	29
ANEXO 1. PERSONAS ENTREVISTADAS	31
ANEXO 2. INDICADORES	33
ANEXO 3. INSTRUMENTOS.....	37
ANEXO 4. GRÁFICO DEL SISTEMA DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DEL MSPAS	43

ABREVIATURAS

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CMM	Comisión Multisectorial de Medicamentos
DAS	Dirección de Área de Salud
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IRA	infección respiratoria aguda
MSH	Management Sciences for Health
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PMSS	Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud
PROAM	Programa de Accesibilidad a los Medicamentos
RPM Plus	Rational Pharmaceutical Management Plus
RSS	reforma del sector salud
SIAS	Sistema Integrado de Atención en Salud
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
USD	dólares de EE.UU.
VSM	Venta Social de Medicamentos

AGRADECIMIENTO

RPM Plus agradece el apoyo que el Dr. Julio Valdés, de la Unidad de Coordinación del Ministerio de Salud, y la Licda. Juanita Mejía de Rodríguez, Asesora de Medicamentos Esenciales de la Organización Panamericana de la Salud en Guatemala, ofrecieron para la elaboración de este informe. Ambos aportaron valiosa información y facilitaron las entrevistas con actores involucrados en la reforma sectorial y la gestión del suministro de medicamentos. Los resultados preliminares de este estudio fueron presentados y discutidos en una reunión de trabajo con Julio Rivera, Director del Programa de Accesibilidad a los Medicamentos (PROAM) y Manuel Lezana, Asesor del PROAM. Una versión preliminar de este informe fue comentada por el Dr. Walter Flores. Agradecemos a todos ellos sus valiosos comentarios y sugerencias.

RESUMEN EJECUTIVO

La reforma del sector salud (RSS) tuvo importantes efectos en la gestión del suministro de medicamentos de Guatemala. Dos de sus componentes centrales, la modernización de la administración del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y la extensión de cobertura por medio de la contratación de terceros, tuvieron una influencia decisiva en la readecuación y modificación del Contrato Abierto para la adquisición de medicamentos en el sector público y en la creación del programa de accesibilidad a los medicamentos. Aunque la RSS fue el principal propulsor de estas iniciativas, debe reconocerse que los Acuerdos de Paz y un sólido respaldo de la presidencia de la República contribuyeron a que el proceso de implementación fuera eficiente y breve.

Los efectos de la RSS fueron así más evidentes e inmediatos en el suministro de medicamentos que en otras áreas. Alrededor de 1998, apenas dos años después de iniciado el proceso de RSS, las mayores instituciones públicas del país obtenían importantes economías derivadas de la adquisición de medicamentos por Contrato Abierto y el Programa de Accesibilidad a los Medicamentos (PROAM) extendía rápidamente la red de Ventas Sociales de Medicamentos (VSM) y botiquines rurales a las comunidades más lejanas del país.

Si bien el suministro público de medicamentos se benefició del proceso de RSS para hacerse más eficiente, el mismo proceso de reforma obtuvo, posiblemente, mayores beneficios de la transformación del suministro de medicamentos. El Contrato Abierto se constituyó para las autoridades del MSAPS y del Ejecutivo en un ejemplo evidente del esfuerzo del gobierno para combatir la corrupción y un resultado tangible de la RSS. Por otra parte, las mejoras en el acceso a los medicamentos a través de la reducción del precio en las comunidades más alejadas del país cumplía con uno de los compromisos asumidos por el gobierno en el marco de los Acuerdos de Paz y mostraba el “rostro humano” del proceso de RSS. Pero tan importante como estos beneficios de orden político fueron las importantes economías que el MSPAS obtuvo en la adquisición de medicamentos a través del Contrato Abierto: alrededor de USD 33 millones en el primer proceso de adquisición. El inesperado excedente financiero permitió un ajuste salarial de los empleados del MSPS y contribuyó a la extensión de cobertura de los servicios básicos de salud.

Los datos disponibles permiten afirmar que ambas iniciativas (las modificaciones introducidas al Contrato Abierto y el PROAM) mejoraron el acceso a los medicamentos de la población más postergada del país al aumentar su disponibilidad en establecimientos públicos y hacerlos más baratos y accesibles geográficamente en expendios privados no lucrativos.

INTRODUCCIÓN

La oficina regional para América Latina de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) inició en 1997 una Iniciativa en Apoyo a la Reforma del Sector Salud de América Latina y el Caribe. Su propósito es mejorar la capacidad de los sectores público y privado para implementar las reformas del sector salud y fortalecer el desempeño de los sistemas de salud. El Programa Rational Pharmaceutical Management Plus (RPM Plus) de Management Sciences for Health (MSH) fue invitado a participar en la iniciativa en Octubre de 2002.

Una de las áreas que puede resultar afectada por el proceso de RSS es el sistema de suministro de medicamentos, pero las consecuencias no han sido sistemáticamente estudiadas. RPM Plus propuso a la Iniciativa trabajar en el desarrollo de un marco conceptual y en instrumentos que permitan incrementar la capacidad de los funcionarios responsables de la RSS para anticipar los efectos de la RSS en el sistema de suministro de medicamentos.

El apoyo a los países se tradujo en asistencia técnica para analizar los efectos de la RSS en el sistema de suministro de medicamentos. Los estudios resultantes servirían luego para la diseminación de experiencias ilustrativas a otros países de la región. Este documento contiene la experiencia de Guatemala que fue documentada a través de la revisión de material bibliográfico y de entrevistas con informantes involucrados en la RSS y el suministro de medicamentos.

Objetivos del estudio

1. Analizar los efectos de la RSS en el sistema de suministro de medicamentos de Guatemala.
2. Caracterizar los mecanismos de operación de las iniciativas o programas que han surgido como consecuencia, directa o indirecta, de la RSS.

Metodología

1. **Revisión documental:** Se realizó una búsqueda en Internet de documentos relevantes. La Representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Guatemala envió, además, documentación de respaldo que fue analizada antes de la visita al país. En Guatemala se tuvo acceso a documentos que dan cuenta de la implementación y resultado del PROAM y del Contrato Abierto para la adquisición de medicamentos.
2. **Recopilación de información cualitativa sobre la evolución del proceso:** Se entrevistó a funcionarios que participaron en el diseño e implementación de la RSS. Las entrevistas estuvieron orientadas por los instrumentos 1 y 2 que aparecen en el anexo 3 y se centraron en los siguientes temas:
 - La articulación entre el proceso de RSS y las transformaciones en la gestión del suministro de medicamentos

- Los retos y oportunidades encontrados en el proceso de planificación e implementación de los procesos de cambio en la gestión del suministro de medicamentos e insumos
- Los resultados y tendencias del proceso

En el anexo 1 aparece el listado de las personas entrevistadas.

3. **Recopilación de información sobre disponibilidad y precios de medicamentos:** Esta información se obtuvo a través de estudios disponibles en el país elaborados por el MSPAS, la OPS y el PROAM.

Aunque los medicamentos trazadores utilizados en diversos estudios no fueron los mismos, los criterios para su inclusión fueron similares: aquellos considerados esenciales para el tratamiento de las principales causas de consulta en los establecimientos de salud. La disponibilidad de medicamentos en los distintos períodos permitió analizar posibles efectos de la reforma sectorial en el suministro.

Se efectuó un análisis de los precios de adquisición mediante el mecanismo de Contrato Abierto¹. El instrumento 3 que se incluye en el anexo 3, fue utilizado para la recolección de la información.

4. **Reunión de trabajo para el análisis de los resultados preliminares:** Los resultados preliminares del estudio fueron presentados en una reunión de trabajo que fue además propicia para discutir alternativas que permitirán fortalecer el sistema de suministro de medicamentos en el país.

Marco conceptual²

Hacia el año 1997, la 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)

¹ Licitación centralizada de precios que sirven de referencia para la adquisición por parte de las unidades descentralizadas.

² Se presenta acá, solamente, los elementos centrales del documento *Las reformas sectoriales de salud y sus efectos sobre la gestión del suministro de medicamentos en el subsector público: un marco conceptual para el análisis y la evaluación* (Flores 2004) que resultan útiles para establecer las relaciones conceptuales entre la RSS y la gestión del suministro de medicamentos.

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 se encuentran 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 del usuario 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 así:

- 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 Guatemala.

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.

ANTECEDENTES

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

A principios de la década de los noventa el sistema de salud de Guatemala se caracterizaba por la coexistencia de diversas formas de aseguramiento y provisión de servicios: los servicios públicos, la seguridad social y una red de proveedores privados de servicios. El sistema era, y continua siendo, fragmentado y segmentado, en cuanto no existen enlaces funcionales ni separación de funciones entre subsistemas, y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria que tiene acceso a servicios diferenciados. El MSPAS cubría al 32% de la población, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) al 16%, la iniciativa privada al 14% y las organizaciones no gubernamentales (ONG) al 4% (OPS/OMS 1997). Se estimaba que cerca del 30% de la población no tenía acceso a ningún servicio de salud. En 1993 la atención médica representaba cerca del 63% del gasto total del MSPAS. La debilidad de los sistemas públicos de protección social en salud determinaba que el financiamiento por medio de pago de bolsillo representara cerca del 50% del gasto nacional de salud (OPS 2001).

En cuanto al sistema de suministro de medicamentos, alrededor de 1995, la nueva administración de gobierno reconocía problemas en la selección, adquisición, distribución y calidad de los medicamentos. A inicios de la década de los noventa solamente el 27% de los medicamentos (en valor) se compraba centralmente por la Droguería Nacional (MSH 1994). Un estudio efectuado en 1992 reportó un 93% de disponibilidad de medicamentos trazadores en la Droguería Nacional y un 60% en los puestos de salud (MSH 1994). Los puestos de salud recibían sus productos por medio del transporte de la Droguería Nacional. Éste era con frecuencia tardío debido a la insuficiencia de la flota de vehículos. Los establecimientos de salud descentralizados (hospitales y Distritos de Salud), responsables del 73% restante de las adquisiciones, compraban directamente a los proveedores privados de medicamentos. Existía un listado nacional de medicamentos que incluía 428 presentaciones clasificadas por nivel de resolución, pero éste no estaba oficializado y no constituía un referente para las adquisiciones. Por otra parte, tampoco existían precios de referencia de los medicamentos que orientaran las decisiones que tomaban los entes descentralizados, existiendo un amplio grado de discrecionalidad en la selección de los proveedores y, consecuentemente, en el precio de adquisición del producto.

La mayor debilidad, de acuerdo a documentos oficiales, parecía ser la falta de transparencia en la administración del presupuesto. Enfrentar este problema tenía la potencialidad de mejorar el suministro de medicamentos y abonar al capital político de la nueva administración (MSPAS 1999). El pago a los proveedores, sea de la Droguería Nacional o de los establecimientos descentralizados, se efectuaba a través de órdenes de compra y pago con las cuales los respectivos cheques eran gestionados en el Ministerio de Finanzas. Con frecuencia el proveedor no tenía la garantía de un pago oportuno, lo que conducía a especulación de precios, con alzas hasta de un 400% de su precio original (MSPAS 1999).

El proceso de reforma del sector salud

La administración que asumió la conducción del gobierno en 1996 estaba dispuesta a imprimirle a la gestión pública una dinámica empresarial en la cual la eficiencia y la transparencia resultaban fundamentales. Esta nueva administración de gobierno suscribió en 1996 los Acuerdos de Paz, cuyo cumplimiento era celosamente observado por la sociedad civil y organismos internacionales. De esta cuenta, la agenda de gobierno buscó compatibilizar el programa de gobierno y los compromisos que el estado asumió a través de los Acuerdos de Paz. En este sentido las transformaciones que se emprendieron en el sector salud cumplían objetivos sectoriales específicos, pero se esperaba que contribuyeran, simultáneamente, al cumplimiento de los Acuerdos de Paz y al programa de gobierno.

En lo que al sector salud concierne, el Programa de Gobierno de Guatemala (1996) hacía referencia específica a que:

debe centrar su atención en una modernización de la administración y en un mejoramiento de su eficiencia en el marco de un nuevo modelo de atención, que opera dentro de una descentralización funcional que revitaliza la transferencia de autoridad y funciones a los niveles de atención. El mejoramiento de la capacidad institucional como eje de la modernización significa una redefinición de las relaciones entre el sector público como institución y los sistemas de organización de base social, con el propósito de promover la participación de la comunidad, las ONG y la empresa privada en la provisión de los servicios de salud.

Por su parte, el Acuerdo de Paz sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria establece que:

El MSPAS revisará las normas y prácticas vigentes en materia del producción y comercialización de medicamentos, equipos e insumos y promoverá las medidas que aseguren el abastecimiento, abaratamiento y calidad de los mismos. Para el acceso de los medicamentos básicos o genéricos de mayor demanda en el sector público se estudiarán y aplicarán modalidades de compra que aseguren la transparencia en la negociación comercial, calidad y bajo precio de los medicamentos para garantizar la prestación eficiente de los servicios.
(MINUGUA 1996)

Respaldado por este acuerdo, surgió la figura de los expendios comunitarios de medicamentos. Esta iniciativa fue sucesivamente proyecto interno, proyecto de la cartera de paz, componente de trabajo de la Coordinación de Medicamentos, programa del ministerio mediante Acuerdo Gubernativo y finalmente—ya cuando la RSS se estaba consolidando—programa gubernamental mediante Acuerdo Legislativo No. 69-98. Algunas ONG (Talita Kumi, en Alta Verapaz, por ejemplo) contaban con botiquines básicos que vendían medicamentos a precios similares a los de las farmacias comerciales, antes de la promulgación del referido Acuerdo Legislativo.

Objetivos de la RSS

El objetivo general de la RSS en Guatemala, tal como fue concebido en los documentos iniciales (MSPAS 1997; cursiva del autor), es “contribuir a mejorar la salud de la población a través del diseño y la ejecución de los cambios de carácter político, institucional y financiero de las instituciones que conforman el sector salud, para lograr los objetivos específicos de:

- a. *Extender la cobertura de los servicios de salud* focalizándolos en las poblaciones que no tienen ningún tipo de accesibilidad, incrementar la capacidad resolutive y mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud que actualmente brindan las instituciones del sector salud a la población.
- b. *Aumentar el nivel de gasto público en salud* y ampliar las fuentes de financiamiento del sector salud, asegurando su sustentabilidad.
- c. Reorientar la asignación de los recursos públicos en salud con criterio de *equidad y eficiencia* para atender las necesidades de la población.
- d. Generar una respuesta social organizada para la movilización y fiscalización de los recursos públicos, mediante una *amplia participación social y comunitaria*”.

Alrededor de 1996 un préstamo sectorial del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)³ por USD 25 millones y una cooperación técnica reembolsable de USD 15.5 millones financiaron el Proyecto de Mejoramiento de los Servicios de Salud (PMSS) (PMSS 1997). El PMSS constaba de cuatro subprogramas que implementarían las reformas propuestas para el sector salud (PMSS 1998):

- a. **Unidad Coordinadora del Proyecto:** Daría asesoramiento técnico a las diversas entidades de salud para la implantación de cambios estructurales en el sector, y ofrecería apoyo técnico, administrativo y financiero para implantar las recomendaciones de la cooperación técnica.
- b. **Reorganización del Ministerio de Salud:** Brindaría apoyo técnico-administrativo al Ministerio de Salud para su reestructuración.
- c. **Ampliación y Reorientación del Sistema de Prestación de Servicios de Salud:** Orientaría y coordinaría la implementación del paquete básico de servicios de salud, contratando a los proveedores de dicho paquete y definiendo e implementando los servicios ampliados de salud.
- d. **Hospitales:** Mejoraría la eficiencia, la calidad y el soporte financiero de los servicios hospitalarios del país.

³ Préstamo de Cooperación Técnica Reembolsable No. 89/OC-GU.

Instrumentos de Política de la RSS

En preparación al préstamo sectorial que financió los subprogramas del PMSS, se promulgó la Ley de Coordinación del Sector Salud que amparó varias de las transformaciones emprendidas. Así, varias de las intervenciones impulsadas por la RSS ocurrieron antes de los primeros desembolsos. Las principales estrategias (o instrumentos de política, de acuerdo al marco conceptual presentado), privilegiadas en la RSS de Guatemala fueron las siguientes:

- **La posibilidad de la participación privada en la provisión de servicios públicos de salud para extender el acceso a comunidades alejadas:** El modelo de ampliación de la prestación de servicios de salud se ejecutó a través del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS). Su diseño operativo consistía en la suscripción de convenios con ONG para la provisión de una canasta básica de servicios de salud (CBSS) en comunidades donde el MSPAS no prestaba servicios antes. Para las intervenciones incluidas en la CBSS se elaboraron protocolos de tratamiento. Para el sistema en su conjunto, se desarrollaron procedimientos para la organización de la comunidad, la prestación de atenciones clínicas y en salud pública, la supervisión y monitoreo y para la administración de las ONG que actuaban como prestadoras de los servicios públicos de salud. Alrededor de junio de 1999 se habían suscrito 123 convenios con 78 ONG (APRESAL 1999).
- **La reorganización y desconcentración administrativa del MSPAS con el propósito de hacer más eficiente la gestión:** La reorganización administrativa del MSPAS condujo a la creación de cuatro direcciones generales:
 - Regulación, vigilancia y control de la salud
 - Recursos humanos
 - Gerencia administrativo-financiera
 - Dirección general del sistema integral de atención en salud (SIAS)

Con la reorganización del MSPAS se eliminó estructuralmente la antigua Dirección General de Servicios de salud, fortaleciéndose, de forma paralela, la capacidad de gestión de las Direcciones de Área de Salud (DAS). Se nombraron gerentes administrativo-financieros vinculados directamente a la Gerencia Administrativo-Financiera del MSPAS, que sería en lo sucesivo la responsable del pago a los proveedores. Esto permitió que la ejecución descentralizada del presupuesto fuera más ágil y transparente.

- **El incremento del presupuesto público en salud para satisfacer las demandas de la población y cumplir con los compromisos adquiridos en los Acuerdos de Paz:** Una de las condiciones para los desembolsos del préstamo sectorial fue el aumento de los recursos públicos asignados al MSPAS para asegurar la sustentabilidad financiera del proceso de extensión de cobertura (MSPAS 1995). El gasto público en salud se incrementó alcanzando en 1998 un 1.08% sobre el producto interno bruto (SNUG 1999), dando respuesta con ello a los Acuerdos de Paz y al convenio suscrito con el BID. Este incremento permitió extender la cobertura e incrementar el fondo rotatorio del que podían

disponer los entes descentralizados para la adquisición de servicios y bienes (incluyendo medicamentos).

- **Diseño de un paquete básico de servicios de salud para la extensión de cobertura a comunidades postergadas:** Entre las condiciones para los desembolsos del préstamo sectorial también se incluía la necesidad de reorientar los recursos públicos a los servicios básicos de salud. El SIAS se enfocó específicamente a la provisión de un paquete básico de servicios (ver tabla 1) a comunidades que antes no contaban con ellos. A finales de la década de los noventa el MSPAS declaraba que los beneficios del SIAS se extendían a 3.5 millones de habitantes en 25 de las 27 áreas de salud del país. Esto equivale al 74.5% de la población que no tenía acceso a servicios de salud en 1995 (SEGEPLAN 1999).

Tabla 1. Composición de los conjuntos de servicios básicos y ampliados en la extensión de cobertura del sistema integral de atención de salud, Guatemala, 1998

Conjunto	Componente	Servicios
Servicios básicos	Atención a la mujer embarazada	Control prenatal, toxoide tetánico, entrega de micro nutrientes, atención del parto, puerperio e interconcepcional
	Atención infantil y preescolar	Vacunación control de la infección respiratoria aguda (IRA), control de diarrea/cólera, evaluación y atención nutricional en menores de 2 años
	Atención a la demanda de emergencia y morbilidad	Diarrea/cólera, IRA, dengue/ malaria, tuberculosis, rabia, ETS/SIDA
	Atención al medio	Control de vectores, control de zoonosis, disposición sanitaria de excretas y basuras, control de la calidad del agua.
	Atención a la mujer en edad fértil	Detección precoz del cáncer y planificación familiar
Servicios ampliados	Atención infantil y preescolar	Evaluación y atención nutricional de menores de 5 años
	Atención de emergencias y morbilidad	Según demanda local

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 1997. "Sistema Integral de Atención en Salud SIAS. Lineamientos para el Primer Nivel de Atención". Guatemala, enero.

Cabe resaltar que para la rápida implementación de estos instrumentos de política, los técnicos del PMSS se valieron de estrategias innovadoras y poco convencionales en la administración pública:

- La rigidez de la burocracia estatal para asumir las nuevas funciones que exigía el proceso de descentralización fue sorteada nombrando gerentes administrativos en las DAS que tenían una comunicación con una renovada y ágil gerencia financiera en el nivel central. La incorporación de farmacéuticos para la gestión del suministro de medicamentos en las

DAS también favoreció una administración más ágil, en opinión de algunos informantes entrevistados⁴.

- La legalización de estas y otras iniciativas en el marco de la RSS sucedió con frecuencia, después que los procesos habían sido implementados, lo que impidió que la inercia del proceso se perdiera a la espera de aprobaciones legales. Además los fundamentos legales pudieron contar así con evidencias prácticas de las consecuencias de su aplicación.
- Se anticipaba una reacción desfavorable de la empresa privada a la iniciativa de consolidar todos los requerimientos nacionales en una sola licitación conjunta, particularmente porque el sistema vigente permitía negociaciones bilaterales entre proveedores e instituciones descentralizadas del sector salud. La eventual oposición del sector privado fue superada convirtiéndolos en actores del proceso de transformación y garantes de la transparencia mediante su participación en una Comisión Multisectorial de Medicamentos (CMM).

⁴ Dr. Julio Valdés, Unidad de Coordinación de Medicamentos del MSPAS y Lic. Juanita Mejía de Rodríguez, Asesora de Medicamentos Esenciales de OPS.

ARTICULACIÓN ENTRE RSS Y GESTIÓN DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Aunque la RSS no incluyó dentro sus objetivos explícitos la introducción de mejoras en el sistema de suministro de medicamentos, ésta resultaba un área crítica para fortalecer el proceso de extensión de cobertura y, simultáneamente, cumplir con los compromisos planteados en los Acuerdos de Paz y el programa de gobierno. Así, los mismos instrumentos de política de los que se valió la RSS para aumentar la eficiencia y equidad con la que opera el sistema de provisión de servicios de salud, contribuyeron a introducir transformaciones en el suministro de medicamentos del sector público, a través de los siguientes mecanismos:

- La desconcentración administrativa y financiera de las DAS y el incremento del fondo rotatorio para la adquisición descentralizada de bienes y servicios permitieron una administración más ágil del presupuesto del MSPAS. El pago oportuno a los proveedores redujo la incertidumbre sobre el momento de pago, contribuyendo a una reducción en los precios de oferta. Con esto se incrementó, consecuentemente, la cantidad de medicamentos que podían ser adquiridos por el mismo monto.
- El aumento en disponibilidad de medicamentos apoyó la extensión de la cobertura de un paquete básico de prestaciones promovida por la RSS a través de una red de prestadores de servicios en lugares remotos del país. Esta red constituyó una base estructural sólida para una rápida extensión de las ventas sociales de medicamentos.

La agregación de estos instrumentos de política a los factores contextuales mencionados (el programa de gobierno y los Acuerdos de Paz) tuvieron expresión concreta en dos iniciativas que determinaron la transformación del suministro de medicamentos: (a) la modificación del Contrato Abierto para la adquisición de medicamentos, y (b) el PROAM. Sus respectivos mecanismos de operación y resultados a fecha se presentan en la siguiente sección.

El Contrato Abierto

Aunque los cambios en la gestión del suministro de medicamentos no fueron un objetivo explícito de la RSS, el mismo equipo técnico del PMSS lo asumió como área de trabajo. Con apoyo de asesores internacionales, llegaron a la conclusión que la figura del “Contrato Abierto”, incluida en la Ley de Contrataciones del Estado, era una opción viable para mejorar la adquisición de medicamentos en las instituciones públicas de salud. La compra se consideraba un elemento crítico de la cadena del suministro debido a que la falta de transparencia y corrupción en este proceso impedían un uso óptimo de los recursos públicos.

El contrato abierto es un mecanismo de adquisición de las instituciones públicas, contemplado en la Ley de Contrataciones del Estado⁵. Esta es una herramienta administrativa vigente desde hace más de tres décadas, que consistía en un catálogo de productos, proveedores y precios que servían de referencia para la adquisición descentralizada de diversos bienes. No existía un

⁵ Decreto del Congreso de la República No. 57-92 y su respectivo Reglamento por Acuerdo Gubernativo 1056-92.

concurso abierto y competitivo para establecer los mejores precios y las relaciones de las instituciones públicas con los diferentes proveedores no estaban reguladas. Técnicos del PMSS con asesoría de consultores internacionales acordaron que, si se introducían las debidas modificaciones, éste podía ser un mecanismo para reducir el precio de los medicamentos y hacer más transparente el proceso de adquisición gracias a la combinación de los siguientes factores:

- Las economías de escala que podían derivarse de la agregación de los requerimientos de las mayores instituciones públicas de salud
- El aumento de la competencia entre proveedores gracias a la organización de concursos más abiertos y transparentes
- El pago oportuno a los proveedores, producto de la descentralización presupuestaria y el incremento del fondo rotatorio

El Contrato Abierto demandaba algunos ajustes para convertirlo en un mecanismo más expedito y transparente, y para responder a las particularidades de la compra de productos farmacéuticos. Las propuestas de modificación fueron formuladas por técnicos del PMSS y sometidas a la consideración de la CMM⁶, que actuó como ente asesor en la implementación del Contrato Abierto para la adquisición de medicamentos. Las modificaciones propuestas al Contrato Abierto incluyeron:

- Normas para la calificación y adjudicación de proveedores y productos.
- Proceso de adjudicación pública con participación de diversos sectores.
- Creación de sistema automatizado para unificar la presentación de ofertas, captación, ordenamiento y adjudicación.
- Fiscalización del proceso por los mismos oferentes.
- Normas de calidad de acuerdo a farmacopeas oficialmente aceptadas, entre ellas la Farmacopea de los Estados Unidos de América.
- Cotización de medicamentos por denominación común internacional.
- Establecimiento de procedimientos y garantías de pago (pago en un máximo de 30 días después de la recepción del producto, compensación de precios por diferencial cambiario, pago de intereses por retraso en pago de facturas).
- Establecimiento de sanciones por incumplimiento en la calidad y en los tiempos de entrega pactados (pena máxima de expulsión hasta cinco años como proveedor del Estado).

⁶ Esta comisión ad hoc estaba conformada por representantes del sector privado, sector público y organizaciones de cooperación técnica en salud.

- Establecimiento de un máximo de 3% de desviación sobre el precio mínimo ofertado para la adjudicación de un máximo de ocho proveedores.
- Establecimiento de una comisión interinstitucional para vigilar el cumplimiento del Contrato Abierto y aplicar las sanciones a través de la Dirección de Adquisiciones del Ministerio de Finanzas en caso de incumplimiento. En esta comisión participa un observador del sector privado.

La propuesta fue presentada a técnicos y autoridades del Ministerio de Finanzas que la consideraron técnicamente factible de implementar; y a altas autoridades del ejecutivo que la consideraron políticamente viable. El Acuerdo Gubernativo 472-96 del 4 de noviembre de 1996 actualizó el procedimiento de adquisiciones a través del Contrato Abierto en lo que se refiere a productos medicinales. Este establece “en lo que respecta a los rubros de productos medicinales, material medico-quirúrgico menor, alimentos infantiles y productos lácteos, por la propia naturaleza de los mismos se regirán para su adquisición y adjudicación por las bases del concurso que elaboran en forma coordinada los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social y de Finanzas Públicas, las cuales incluirán la prohibición de adquirir bienes fuera del o los contratos abiertos que se hubieren celebrado para el efecto”. La obligatoriedad de que los entes públicos descentralizados adquieran a los precios y proveedores adjudicados fortaleció la credibilidad y eficiencia del proceso.

Para consolidar la implantación del Contrato Abierto para adquisición de medicamentos, el gobierno contrató a una empresa privada con experiencia en la organización de licitaciones internacionales. Esta empresa proporcionó apoyo técnico y administrativo para desarrollar las normas, procedimientos e instrumentos con los que operaría el Contrato Abierto. El Contrato Abierto se extendió posteriormente a la adquisición de equipo, insumos médicos y otros bienes adquiridos por el MSPAS.

Las modificaciones al Contrato Abierto fueron aprobadas a inicios de 1997 y ese mismo año se iniciaron las compras conjuntas en las tres instituciones del sector público de la salud: MSPAS, IGSS y el Ministerio de la Defensa.

El mecanismo no ha sufrido modificaciones importantes desde que fue instaurado en 1997 (ver gráfico 1):

- La **programación** de las cantidades a adquirir deriva de la consolidación de los requerimientos de todos los establecimientos de salud por parte de las respectivas unidades coordinadoras de medicamentos del IGSS, MSPAS y el Ministerio de la Defensa. No existen estimaciones confiables sobre el consumo de medicamentos, por lo que los requerimientos se suelen fundamentar en estimados históricos.
- La **convocatoria** al concurso la efectúa la Dirección Normativa de Contrataciones y Adquisiciones del Estado del Ministerio de Finanzas mediante publicación en los periódicos de amplia circulación en el país. El concurso es abierto a todos los proveedores ya que no existe un mecanismo de precalificación.

- Las **ofertas técnicas** son revisadas por juntas calificadoras compuestas por representantes del Ministerio de Finanzas, MSPAS e IGSS. Entre los proveedores calificados por meritos técnicos, el concurso es adjudicado a un mínimo de tres y un máximo de ocho proveedores por producto, en tanto que la diferencia de precios no sea superior al 3% en relación a la oferta más baja. La vigencia de los precios ofertados debe ser sostenida por un año, aunque en algunos casos se ha extendido el plazo hasta por 6 meses, particularmente cuando hay retrasos en la aprobación de las bases técnicas de un nuevo concurso. Los precios de oferta deben ser en Quetzales, pero las bases del concurso estipulan que los precios se pueden ser ajustados trimestralmente para compensar variaciones por los efectos cambiarios.
- La **suscripción de los contratos** se efectúa entre los proveedores favorecidos y el Ministerio de Finanzas. Las empresas nacionales o internacionales favorecidas se comprometen a vender sus productos al precio adjudicado, a cada una de las instituciones públicas que los solicitaran. Ambas partes en la negociación (las instituciones públicas compradoras y las empresas farmacéuticas) se comprometen también a respetar las condiciones de entrega y los mecanismos y esquemas de pago.
- Las instituciones públicas compradoras establecen acuerdos bilaterales con cada uno de los proveedores. Las instituciones que toman parte en el Contrato Abierto solicitan a los proveedores los medicamentos que necesiten, hasta por un número de unidades igual a las programadas en el Contrato Abierto. En la práctica estos *techos* no siempre se respetan y las instituciones terminan solicitando más o menos de los montos programados. Estas son responsables de **la recepción y el pago** (dentro de los 30 días posteriores a la entrega de los productos) (MSPAS 1999). Si los productos corresponden en calidad y cantidad con lo solicitado, los hospitales y las DAS, en el caso del MSPAS, emiten una “orden compra y pago” que se traslada a la unidad financiera para la emisión del cheque.

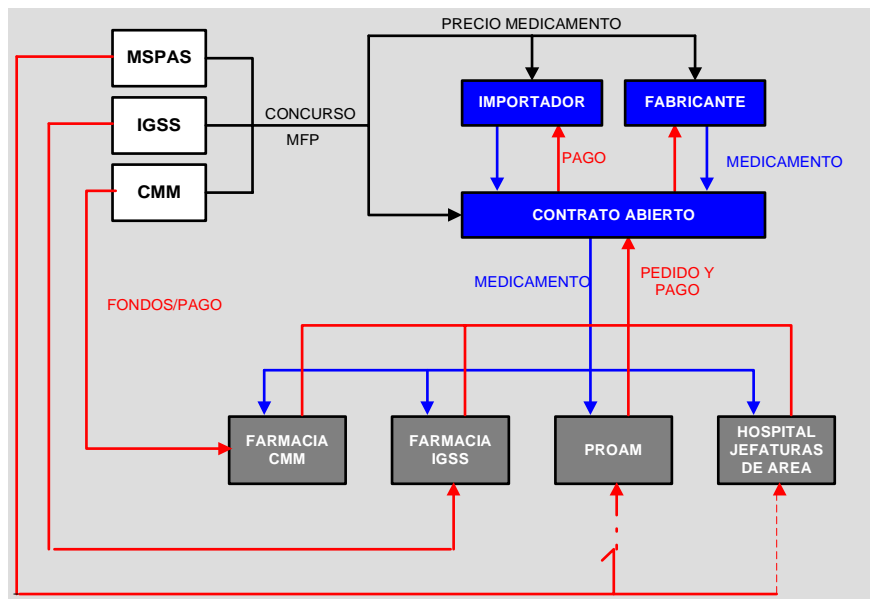


Gráfico 1. Mecanismo de operación de Contrato Abierto para la adquisición de medicamentos

El equipo técnico del PMSS, la empresa consultora que apoyó el proceso y la CMM consideraron que un proceso de adquisición más eficiente debía ser complementado con mecanismos que aseguraran la calidad de los medicamentos y una adecuada gestión del suministro en los establecimientos de salud. Las siguientes medidas fueron implementadas:

- El laboratorio de control de calidad fue trasladado de sede y dotado de equipo nuevo. El personal del laboratorio fue capacitado. En opinión de los funcionarios del MSPAS entrevistados, el fortalecimiento del laboratorio de control de calidad evitó que sectores interesados argumentaran que se estaban adquiriendo medicamentos baratos, pero de calidad deficiente.
- Se fortaleció la gestión de medicamentos en las DAS mediante la contratación de farmacéuticos que elaboraron listados por nivel de resolución y apoyaron la programación local. En opinión de los informantes entrevistados⁷, esto evitó que una mayor disponibilidad de medicamentos condujera a desperdicio y uso irracional.

Los cambios en el suministro de medicamentos parecían relativamente consolidados alrededor del año 2000, cuando hubo un cambio en la administración de gobierno que implicó una renovación de los cuadros técnicos y políticos del MSPAS y de la unidad ejecutora del PMSS. En los años sucesivos el Contrato Abierto se continuó utilizando para la adquisición de medicamentos y otros insumos en el sector público con economías significativas en relación a años previos. El proceso de implementación del Contrato Abierto, sin embargo, no fue libre de obstáculos. Dentro de estos pueden mencionarse los siguientes (MSPAS 1999):

- La oposición de grupos interesados de prescriptores y proveedores: Algunos proveedores, particularmente aquéllos que operaban a baja escala, mostraron su oposición a este mecanismo ya que el sistema anterior permitía relaciones comerciales bilaterales con cada una de las instituciones descentralizadas, sin someterse a concursos competitivos. Algunos profesionales también manifestaron que los medicamentos genéricos que se adquirirían a través del nuevo mecanismo eran de calidad inferior a los productos de marca que se compraban previamente.
- La inadecuada programación de los requerimientos por parte de las instituciones públicas: La programación de las necesidades de las instituciones públicas se fundamentaba en ajustes poco precisos al consumo histórico. Las cantidades finalmente adquiridas a los proveedores favorecidos en el concurso de Contrato Abierto podían ser superiores o inferiores a las originalmente programadas. El precio solamente tenía vigencia para las cantidades propuestas, de forma que el proveedor solía vender cualquier cantidad por arriba del estimado original a un precio superior al adjudicado en el Contrato Abierto. En cambio, no existían sanciones para las instituciones públicas si las cantidades vendidas eran inferiores a las programadas. Estas deficiencias aun no han sido corregidas,

⁷ Ing. Manuel Lezana, Asesor del PROAM; Dr. Julio Valdés, Unidad de Coordinación de Medicamentos del MSPAS y Lic. Juanita Mejía de Rodríguez, Asesora de Medicamentos Esenciales de OPS.

mostrando los proveedores disconformidad por el inadecuado sistema de programación de las instituciones públicas.

- El incumplimiento de algunos proveedores: Aunque existen sanciones por incumplimiento (que no siempre se hacen efectivas), algunos proveedores no cumplen con los plazos de entrega estipulados. En conversaciones sostenidas con sus representantes, refieren que la inadecuada programación de las instituciones públicas causa desabastecimiento cerca de fines de año, por lo que las cantidades solicitadas inmediatamente después de adjudicarse el Contrato Abierto y los plazos de entrega establecidos suelen superar su capacidad de producción o los tiempos que requieren para la importación del producto.

Varios de los actores entrevistados coincidieron en afirmar que en el período 2000–2003 el Contrato Abierto introdujo requerimientos técnicos para asegurar la calidad de los medicamentos que limitaron la competencia entre proveedores. Por ejemplo, ante las quejas de fallos terapéuticos (aun sin evidencia técnica) el Contrato Abierto exigió que cerca de 50 productos⁸ presentaran pruebas de bioequivalencia (en relación con el innovador). Al finalizar el proceso de calificación estos renglones fueron adjudicados, en su mayoría, a un reducido número de representantes de los laboratorios que lanzaron los productos innovadores al mercado. En 2003 esto significó para el IGSS, y solamente para 11 productos que pudieron ser comparados, un gasto de USD 1.5 millones, por arriba de lo que se gastó en el año previo, cuando no se les exigía esta documentación a los medicamentos genéricos.

Las instancias administrativas creadas (como la CMM y el comité de verificación del cumplimiento del Contrato Abierto) y el respaldo del Ejecutivo permitieron vencer estas resistencias y prolongar la vigencia del mecanismo de Contrato Abierto para la adquisición de medicamentos hasta la fecha.

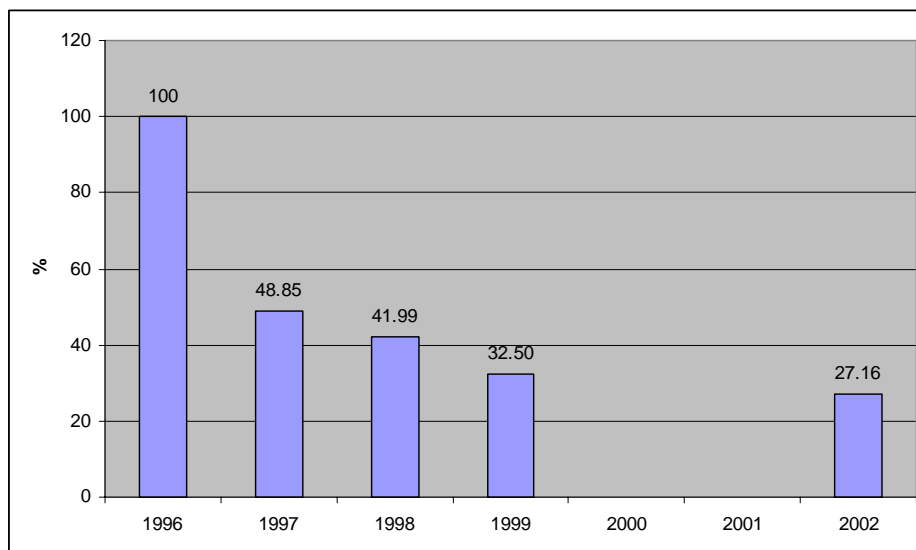
Efectos del Contrato Abierto en la gestión del suministro y el acceso a los medicamentos

La reducción en los gastos de la primera compra efectuada en 1997 fueron de 65% para el MSPAS y del 23% para el IGSS en relación al año anterior (MSPAS 1999). El éxito de este mecanismo permitió disponer de recursos que se destinaron a ajustes salariales de los empleados del MSPAS y a financiar el proceso de extensión de cobertura. La reducción de precios, aunque en menor escala, se mantuvo en los años siguientes (gráfico 2) a pesar que la transición de gobierno en el año 2000 implicó un cambio de las autoridades responsables de la implementación de este mecanismo.

Al analizar la variación de precios de algunos medicamentos (gráfico 3) se observa que las reducciones de precios no son constantes para todos los productos, pero los precios, en

⁸ Los medicamentos que fueron marcados con un doble asterisco en las bases de contratación requerían estudios de bioequivalencia.

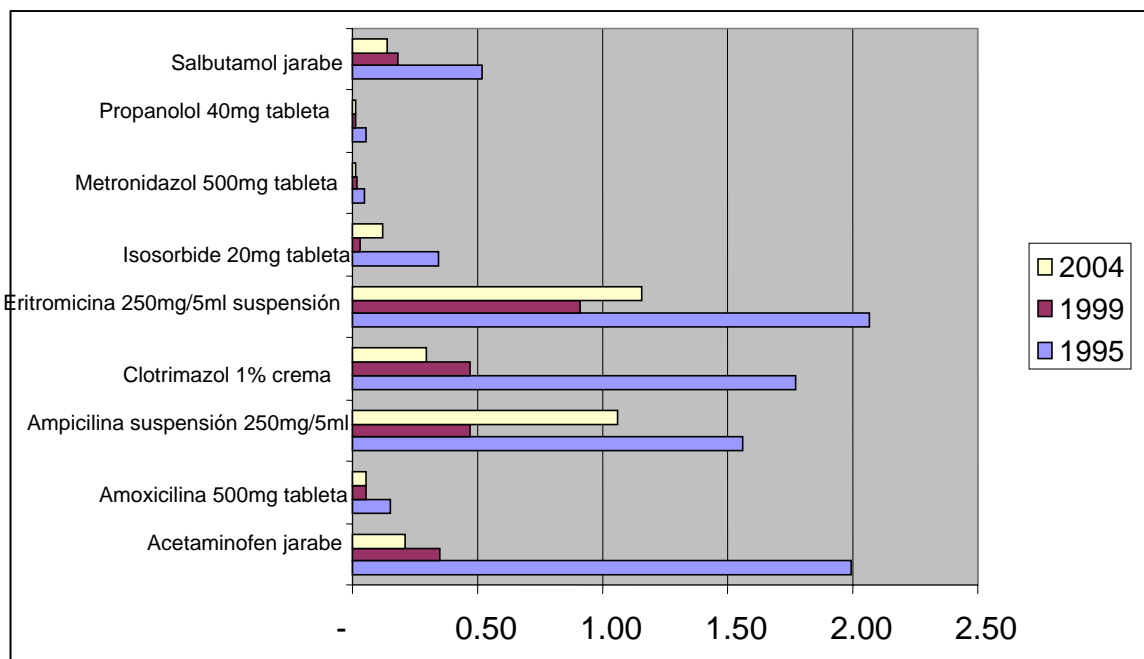
promedio, tienden a una constante reducción y no han alcanzado, en ningún caso, los precios que existían antes de la introducción del Contrato Abierto.



Fuente: Análisis efectuado en base a precios publicados en la página electrónica del Ministerio de Finanzas de Guatemala www.minfin.gob.gt.

*Nota: No se tuvo acceso a los precios de adquisición para 2000 y 2001.

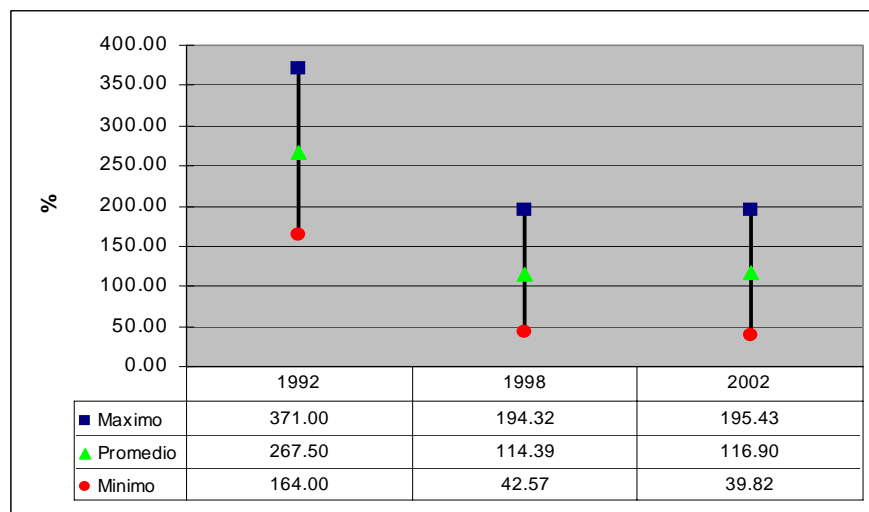
Gráfico 2. Precios promedio obtenidos en licitaciones por Contrato Abierto, como porcentaje de los precios obtenidos en 1996



Fuente: Análisis efectuado en base a precios publicados en la página electrónica del Ministerio de Finanzas de Guatemala www.minfin.gob.gt.

Gráfico 3. Comparación de precios de medicamentos 1995, 1999, 2004 (en USD)

Al comparar los precios de la licitación pública con la mediana de precios internacionales (MSH 2003) (gráfico 4) se encuentra que en 1992 el porcentaje de precio internacional pagado varió entre 371% y 164%; estos porcentajes variaron entre 195% y 39% (117% en promedio) en el 2002. Esto significa que la reducción de precios ha sido importante no solo en relación a procesos de adquisición previos al Contrato Abierto, sino en relación a precios internacionales.

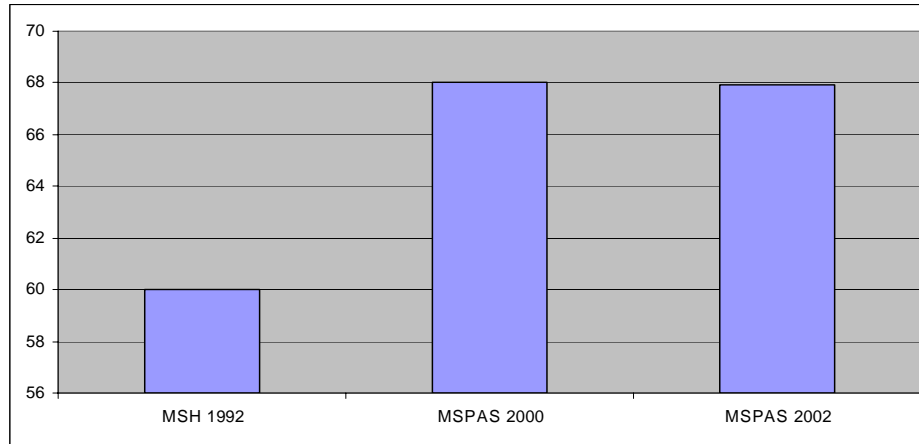


Fuente: Para 1992 MSH. 1994. *Development and Test of LAC/HNS Pharmaceutical System Indicator Matrix*. Developed for the USAID Latin America Health and Nutrition Sustainability Project, March. Para 1998 y 2002, elaboración en base a precios publicados en la página electrónica del Ministerio de Finanzas de Guatemala www.minfin.gob.gt.

Gráfico 4. Porcentaje de precio internacional promedio pagado

La disponibilidad de medicamentos trazadores en centros y puestos de salud del MSPAS parece haber mejorado como consecuencia de la introducción del Contrato Abierto para la adquisición de medicamentos. Los datos que se presentan en el gráfico 5 utilizaron diferentes medicamentos trazadores y una muestra distinta de establecimientos⁹, pero evidencian claras y consistentes diferencias en la disponibilidad antes y después de 1996, fecha en que se comenzó a utilizar el referido mecanismo.

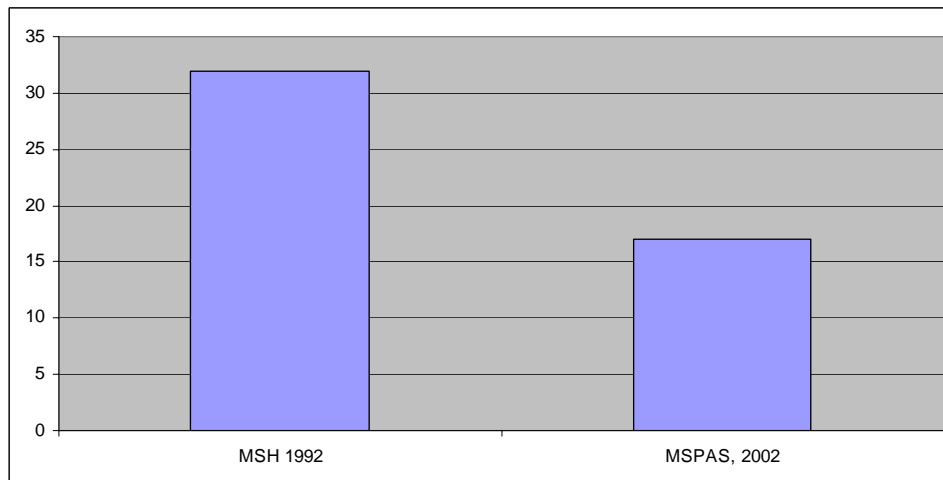
⁹ Pero los criterios para la selección de los medicamentos trazadores fueron similares: aquellos utilizados con mayor frecuencia para tratar la patología atendida con mayor frecuencia en los establecimientos de salud. Igualmente los establecimientos incluidos en los distintos estudios consideran distintos niveles de resolución y ubicación geográfica.



Fuente: Para 1992 MSH. 1994. *Development and Test of LAC/HNS Pharmaceutical System Indicator Matrix*. Developed for the USAID Latin America Health and Nutrition Sustainability Project, March. Para 2000 y 2002, datos oficiales proporcionados por el MSPAS.

Gráfico 5. Porcentaje de disponibilidad de medicamentos trazadores al momento de la visita

Utilizando como fuente de referencia los mismos estudios, se encuentra que el porcentaje de días desabastecidos en los establecimientos de salud se ha reducido de 32% en 1992 a 17% en 2002 (gráfico 6). Este estudio no evidenció que otros factores pudieran explicar o contribuir a estas diferencias. El Contrato Abierto no solo permitió la adquisición de un mayor número de unidades con el mismo presupuesto, sino que introdujo un sistema de entrega directa a cargo de los proveedores hasta las DAS. Antes de la introducción del Contrato Abierto los medicamentos para los puestos de salud eran transportados por la Droguería Nacional hasta las DAS. Las deficiencias en el transporte eran causa de desabastecimiento en los establecimientos de salud.



Fuente: Para 1992 MSH. 1994. *Development and Test of LAC/HNS Pharmaceutical System Indicator Matrix*. Developed for the USAID Latin America Health and Nutrition Sustainability Project, March. Para 2002, datos oficiales proporcionados por el MSPAS

Gráfico 6. Porcentaje de días desabastecidos durante el año previo a la visita

Si bien estos datos sugieren mejoras en la disponibilidad de medicamentos, aun existen desabastecimientos periódicos en los establecimientos de salud. Según funcionarios del MSPAS,¹⁰ los ciclos de desabastecimiento son mayores en los primeros meses del año cuando se asigna el primer Contrato Abierto y los proveedores no se encuentran preparados para la entrega de volúmenes altos y cerca de finales de año cuando los fondos del renglón presupuestario de medicamentos comienzan a agotarse.

Un estudio elaborado por JSI/Deliver (Bossert, 2003) señala que el porcentaje de establecimientos en los cuales uno o más medicamentos trazadores se encontraban desabastecidos al momento de la visita se incrementó de 79.4% en 2001, a 83% en 2003. No se cuenta con valores para este indicador utilizado por JSI/Deliver antes de que entraran en vigencia las modificaciones al Contrato Abierto para la adquisición de medicamentos.

Programa de Accesibilidad a los Medicamentos

La existencia de un Contrato Abierto operando de forma exitosa (a juzgar la reducción de precios lograda durante el primer año de operación) y la extensión de cobertura del SIAS condicionaron la creación del Programa de Accesibilidad a los Medicamentos. Los convenios suscritos con las ONG no requerían la apertura de Ventas Sociales de Medicamentos, pero los precios y condiciones ofrecidas por el PROAM fueron incentivos suficientes para la suscripción voluntaria de acuerdos entre PROAM y las ONG vinculadas al SIAS.

Las ONG bajo convenio con el MSPAS deberían suministrar gratuitamente medicamentos de programas especiales (TB, Malaria) y para las atenciones incluidas en la canasta básica de servicios.¹¹ Para el resto de intervenciones no se garantiza el suministro gratuito de medicamentos. Los pacientes deben adquirirlos en farmacias privadas alejadas de sus comunidades. El PROAM se concibió como una alternativa para que el usuario tuviera un mejor acceso geográfico y financiero a los medicamentos que no son proporcionados gratuitamente por el MSPAS.

El respaldo legal para la operación de las VSM deriva del Acuerdo Ministerial 162-98. De acuerdo al contenido del artículo 1ro, el PROAM es creado para “promover el abastecimiento y abaratamiento de medicamentos de alta calidad, en farmacias estatales, farmacias municipales ya establecidas o que en futuro se establezcan y ventas sociales de medicamentos”. En el artículo 11 se establece que “el MSPAS por conducto de PROAM adquirirá los medicamentos por el sistema de Contrato Abierto”. La unidad ejecutora del PROAM depende del MSPAS. En su Junta Directiva participan los ministerios de economía, fianzas, el Instituto de Fomento Municipal, o INFOM, y un representante de las ONG.

¹⁰ Comunicación personal con Julio Valdez de la Unidad de Coordinación de Medicamentos del MSPAS (7 de octubre, 2004)

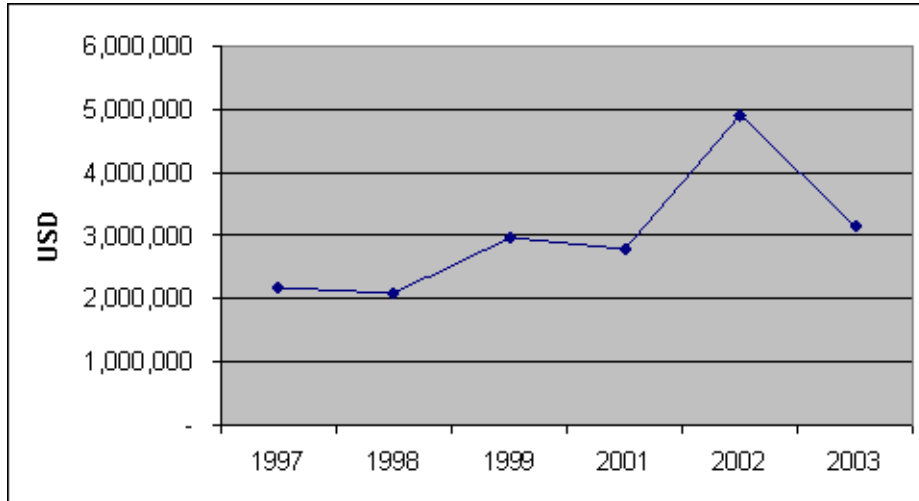
¹¹ En la práctica, sin embargo, los recursos que reciben las ONG para la compra de medicamentos pueden ser desviados para solventar otros compromisos, particularmente cuando se atrasan los desembolsos del MSPAS (Comunicación personal con Walter Flores, consultor temporal de la Unión Europea en Guatemala, 15 de noviembre, 2004).

De acuerdo a la definición incluida en el referido acuerdo, las VSM “son establecimientos farmacéuticos de servicio, auto-financiables, no lucrativos que se encuentran ubicados en lugares que faciliten a la población el acceso medicamentos, materiales de curación e insumos a bajo costo. Son administradas por ONG u organizaciones prestadoras de servicio”. En el artículo 4 se establece que para beneficiarse del sistema de adquisiciones del Estado, la VSM deberá firmar con el PROAM un convenio de adquisición de medicamentos que, entre otros aspectos, establece que los medicamentos dispensados se limitarán a aquellos proporcionados por PROAM y que los precios no serán incrementados al usuario más allá de los límites fijados por el PROAM. Los medicamentos adquiridos por PROAM son vendidos a los expendedores no lucrativos de medicamentos señalados anteriormente. Estos están autorizados a incrementar un 35% sobre el precio de adquisición a PROAM, si están ubicados fuera del perímetro urbano, y 33% si están ubicados en la ciudad capital. Las VSM pueden, a su vez, proveer de un stock limitado de medicamentos a *botiquines comunitarios*, bajo la administración de promotores de salud. En esta transacción no se autorizan incrementos adicionales de precio. Estudios efectuados reportan que aun con estos incrementos, los medicamentos resultaban hasta 13 veces más baratos que sus equivalentes en las farmacias privadas (GSD 1999).

En 2000 había registradas 377 VSM y 549 botiquines adscritos al PROAM (MSPAS/APRESAL 2001). Por estar adscritas a ONGs que operan, en su mayoría, en comunidades rurales, las VSM no suelen representar una competencia para farmacias comerciales que, en su mayoría, operan en áreas urbanas. Además, la restricción que impone dispensar exclusivamente productos adquiridos a través del PROAM, determina una oferta distinta a la de las farmacias comerciales.

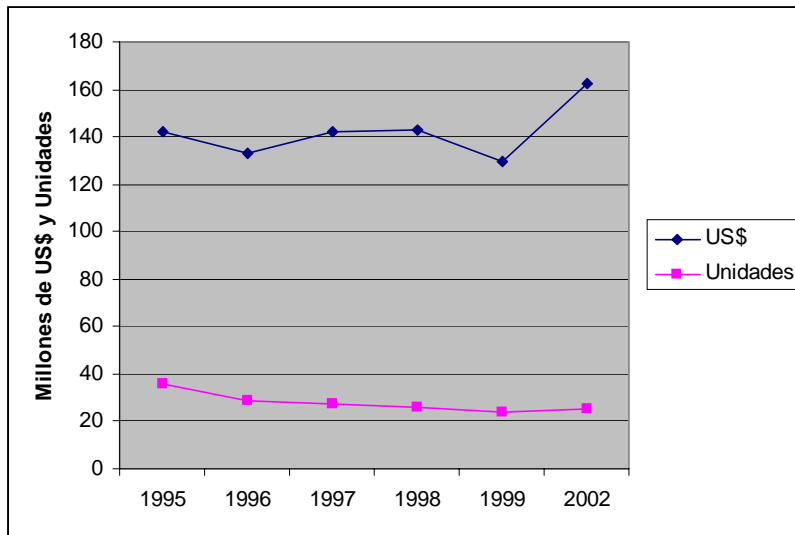
El número de ventas de medicamentos no ha variado mucho a la fecha. Esto es debido a que la actual administración ha decidido consolidar los mecanismos de supervisión, antes de extender el número de VSM y botiquines adscritos. A la fecha (agosto 2004) el mecanismo de adquisición de medicamentos a través del Contrato Abierto continúa en operación, y el PROAM sigue siendo el único proveedor de una red de más de 850 expendios de medicamentos que se estima que cubre al 35% de la población. Hasta 1996, cuando la Droguería Nacional abastecía únicamente a un reducido número de farmacias estatales y municipales, sus ventas no alcanzaban USD 1 millón al año. Cuando el PROAM comienza a proveer a expendios no lucrativos las ventas de este programa duplicaron este monto, alcanzando los USD 5 millones en el 2000 (como se muestra en el gráfico 8).

Los comercializadores privados de medicamentos han argumentado que la extensión de una red de VSM constituye una competencia desleal. Las cifras de la misma empresa privada evidencian, sin embargo, que el Contrato Abierto y el PROAM no han reducido el mercado privado farmacéutico, como se argumentaba (gráfico 9). El gráfico muestra, inclusive, que mientras el valor del mercado tiene una ligera tendencia al alza, las unidades dispensadas muestran una ligera tendencia a la baja. Esto sugiere que el mercado nacional aun permite incrementos de precios sin deterioro de valor total de las ventas.



Fuente: Datos aportados por la gerencia del PROAM.
 Nota: El significativo repunte de las ventas en el 2002 se debió a compras excepcionales encargadas al PROAM para solventar el problema de salud que se presentaron en la zona oriental del país.

Gráfico 8. Volumen de ventas PROAM

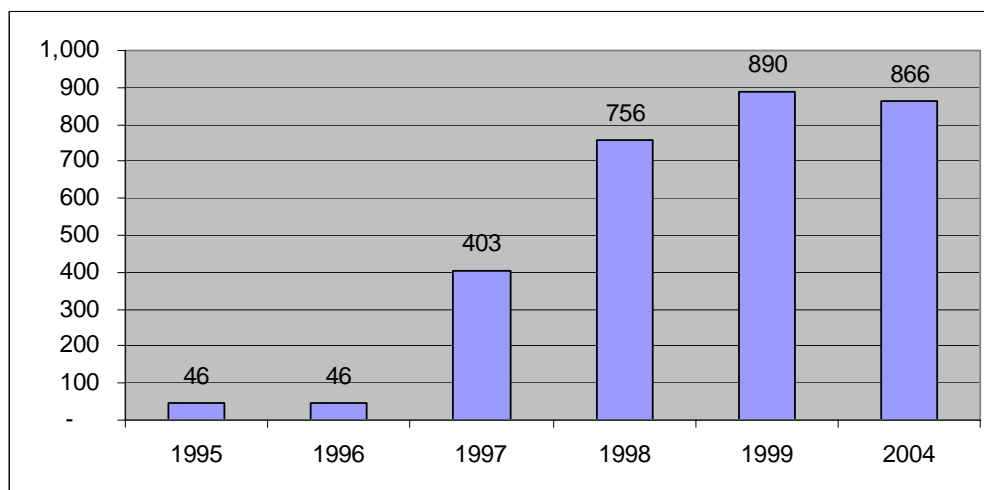


Fuente: Datos proporcionados por la industria privada.

Gráfico 9. Evolución del mercado farmacéutico privado 1995–2002

Efectos del PROAM en la gestión del suministro y el acceso a los medicamentos

Las evidencias sobre mejoras en la accesibilidad geográfica solamente son indirectas. No se cuenta con datos basados en indicadores internacionalmente aceptados,¹² que den cuenta de mejoras en la accesibilidad. Alrededor de 1996, sin embargo, la oferta de medicamentos que eran abastecidos por la Droguería Nacional, al público por parte de instituciones no lucrativas se limitaba a 46 farmacias estatales y municipales (ver gráfico 10). Con el inicio de operaciones del PROAM en 1997 se instalan VSM adscritas a ONG bajo convenio con el MSPAS para la extensión de cobertura. Las VSM se ubican preferentemente en áreas rurales y remotas del país. En 2004 se registraban 866 expendios de venta de medicamentos. Se estima que esta red cubre actualmente al 35% de la población Guatemalteca.¹³ El gráfico 11 presenta (en amarillo) la extensión territorial de los municipios que en 2004 cuentan, al menos, con una VSM. El tamaño de los municipios varía y la presencia de una farmacia estatal en un municipio no garantiza la accesibilidad geográfica de todos los habitantes que allí residen, pero antes de la extensión de la red de VSM los usuarios debían desplazarse, con frecuencia, hasta la cabecera departamental para adquirirlos.

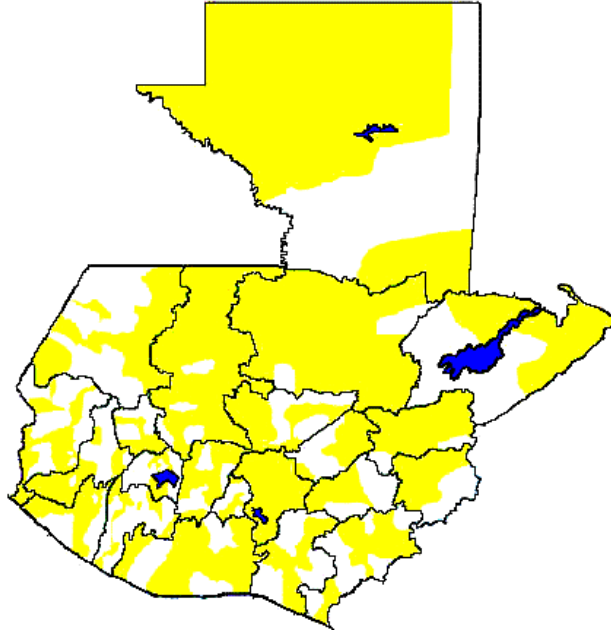


Fuente: Datos proporcionados por la gerencia del PROAM.

Gráfico 10. Número de ventas de medicamentos sin fines de lucro 1995–2004

¹² Tiempo requerido para llegar—caminando—a un establecimiento de salud.

¹³ Base de datos del PROAM.



Fuente: Gráfico proporcionado por la gerencia del PROAM.

Nota: Marcado en amarillo, los municipios con al menos una VSM.

Gráfico 11. Cobertura de las VSM

La extensión de cobertura promovida por el SIAS implicó también la apertura de centros comunitarios de atención en espacios geográficos donde no operaban establecimientos del MSPAS. Estos centros deben entregar gratuitamente medicamentos para las intervenciones incluidas en el conjunto básico de atenciones de salud. Esto tiene la potencialidad de mejorar la accesibilidad geográfica a medicamentos ofrecidos sin costo adicional a la población, pero, como fue analizado, aún existen problemas de coordinación entre las ONG y el MSPAS.

Las mejoras en la accesibilidad financiera son producto tanto del Contrato Abierto como del PROAM, dependiendo de las estrategias para la búsqueda de atención que emplee el usuario. Los medicamentos dispensados en puestos y centros de salud y hospitales son gratuitos. Un estudio efectuado por el MSPAS evidenció que del total de medicamentos prescritos en establecimientos del MSPAS, 78% eran efectivamente dispensados (MSPAS 2002). Los medicamentos que no son dispensados gratuitamente en los establecimientos del MSPAS deben ser adquiridos en ventas de medicamentos lucrativas o no lucrativas. Varios estudios evidencian las importantes reducciones de precios alcanzadas por el PROAM. La tabla 2 evidencia que en 1999 los precios de los medicamentos eran cerca de 6 veces más caros en farmacias privadas que en farmacias del PROAM; en 2004 los medicamentos eran cerca de 13 veces más caros en las farmacias privadas. La continua reducción de precios en las ventas de medicamentos adscritas al PROAM se debe tanto a la reducción de precios de Contrato Abierto, como a una importante alza del precio de los medicamentos en las farmacias privadas.

Tabla 2. Diferencia de precios entre ventas de medicamentos adscritas al PROAM y farmacias privadas (en USD)

Medicamento	Precios					
	1999			2004		
	PROAM	Privadas	% Diferencia de Precio	PROAM	Privadas	% Diferencia de Precio
Acetaminofen jarabe	0.62	1.12	81.26	0.29	2.17	663.19
Metronidazol 125mg suspensión	0.56	4.22	657.74	0.34	5.38	1503.67
Amoxicilina 250mg suspensión, frasco 60ml	1.33	7.57	471.06	0.81	7.42	812.53
Cloranfenicol solución oftálmica	0.70	2.48	255.67	0.36	4.67	1206.14
Diclofenaco sódico ampolla	0.20	3.97	1894.56	0.12	4.19	3311.58
Hidroxido de aluminio y magnesio frasco 360 ml	1.30	3.23	147.64	0.77	5.16	567.00
Ibuprofen 400mg tableta	0.03	0.23	696.30	0.02	0.32	1443.21
Penicilina benzatínica 1.2 UI	0.54	4.90	804.35	0.29	5.46	1778.31
Trimetoprim sulfametoxazol 960mg tableta	0.06	0.45	673.15	0.04	0.55	1347.81
Ketoconazol crema dermatológica	1.25	4.18	234.52	0.67	6.32	843.63
		Promedio	591.63		Promedio	1347.71

Fuente: Datos proporcionados por la gerencia del PROAM.

IMPLICACIONES PARA LA NUEVA AGENDA DE REFORMA

Los informantes entrevistados coincidieron en afirmar que las bases técnicas para una operación más eficiente del sistema de suministro de medicamentos ya están creadas y que en los próximos años el sistema sólo demandará algunos ajustes menores en su operación. Dentro de otros, mencionaron los siguientes:

1. La selección de medicamentos a ser incluidos en el Contrato Abierto debe fundamentarse en criterios epidemiológicos, farmacológicos y económicos, más que en la opinión de especialistas clínicos. Para ello es necesario elaborar un listado nacional de medicamentos que sea referente oficial para las adquisiciones en el sector público y fortalecer las unidades de medicamentos de las instituciones públicas de salud (MSPAS e IGSS) con recursos humanos de alta calificación y sistemas de información que les permita analizar la pertinencia de las solicitudes de inclusión o exclusión, el consumo y los costos.
2. El fortalecimiento de estas unidades permitirá una programación más precisa de los requerimientos, que es una de las quejas más importantes de los proveedores. Una programación más ajustada a los consumos permitiría que los proveedores planificaran su producción con la debida anticipación, reduciendo los actuales niveles de incumplimiento y, eventualmente, reduciendo los precios de oferta.
3. Recientemente (2000 – 2004) el MSPAS ha impulsado innovaciones al sistema de información de suministros. El registro de datos básicos se ha automatizado y se han capacitado equipos gerenciales en el uso de este sistema, fortaleciéndose con ello el análisis de consumos y existencias de medicamentos. Esta iniciativa, que se encuentra ahora en fase de expansión a todas las DAS, proveerá información crítica para programar con mayor precisión los requerimientos de medicamentos que se incluirán en el Contrato Abierto.
4. Algunos procedimientos del Contrato Abierto (como la calificación de ofertas) deben ser revisados para asegurar la transparencia del proceso y favorecer la libre competencia entre proveedores.
5. Existen todavía deficiencias en el transporte desde las DAS hasta los establecimientos de salud periféricos. Antes de realizar nuevas inversiones en la flota de vehículos del MSPAS, debe estudiarse la posibilidad de que la entrega directa por parte de los proveedores alcance a los establecimientos de salud más periféricos.
6. La red de ventas sociales de medicamentos debe ser consolidada fortaleciendo el sistema de supervisión e información. Antes de incrementar el número de VSM, el PROAM debe promover una mejor articulación entre las VSM y la red de servicios públicos de salud; y asegurar los mecanismos que permitan a las ya existentes alcanzar el precio más bajo al usuario, sin deteriorar su auto-sostenibilidad.

7. El mejoramiento en la disponibilidad de medicamentos en los establecimientos públicos debe acompañarse de medidas administrativas (revisión de listados por capacidad de resolución) y educativas (capacitación en el uso de las normas de atención) que aseguren el adecuado uso de los medicamentos.

REFERENCIAS

- APRESAL. 1999. Modelo de Atención de Salud en Guatemala. Ponencia presentada por Hedi Deman en el Foro Internacional “La Reforma del Sector Salud”, Guatemala, 30 de junio al 2 de julio de 1999.
- Bossert, Thomas, Diana Bowser, Johnnie Amenyah y Beck Copeland. 2003: *Descentralización e Integración en el Sistema Logístico de Salud*. Arlington, VA.: John Snow, Inc./ DELIVER para USAID.
- 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.
- Flores, Walter. 2004. *Las reformas sectoriales de salud y sus efectos sobre la gestión del suministro de medicamentos en el subsector público: un marco conceptual para el análisis y la evaluación*. Reporte de consultoría presentado a Management Sciences for Health. Washington, Febrero.
- GSD Consultores Asociados. 1999. *Análisis del Sistema de Suministro de Medicamentos en el Departamento de Alta Verapaz*. Guatemala.
- MINUGUA. 1996. “Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria.” Suscrito por el Gobierno de la Republica de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca en la Ciudad de México el 6 de Mayo de 1996.
- MSH (Management Sciences for Health). 1994. *Development and Test of LAC/HNS Pharmaceutical System Indicator Matrix*. Developed for the USAID Latin America Health and Nutrition Sustainability Project. March. Arlington, VA: MSH.
- MSH/WHO (Management Sciences for Health with the World Health Organization). 2003. *International Drug Price Indicator Guide*. Boston: Management Sciences for Health.
- MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social). 1995. “Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud”. Guatemala, Octubre.
- . 1997. *Lineamientos Políticos, Estratégicos y Programáticos para la Reforma del Sector Salud de Guatemala*. Guatemala, Junio.
- . 2002. *Evaluación del Sector Farmacéutico en Guatemala*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Dirección de Regulación y Control del Programas de Salud, Abril.
- . 1999. *Memoria de la Transformación del Proceso de Atención, Disponibilidad y Acceso a Medicamentos y otros insumos*. Guatemala, Mayo.

MSPAS/APRESAL. 2001. *PROAM y Medicamentos Esenciales*. Guatemala: MSPAS, Enero.

OPS (Organización Panamericana de Salud). 2001. *Perfil de Servicio de Salud de Guatemala, 2001*. Documento Elaborado por GSD Consultores Asociados, Guatemala.

OPS/OMS (Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud). 1997. *Condiciones de Salud en las Américas: Capítulo Guatemala*. Versión Preliminar. Guatemala.

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

PMSS (Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud). 1997. *Informe de la Misión de Supervisión*. Guatemala: PMSS, Octubre.

———. 1998. Plan Operativo Anual 1998. Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, Convenio No. 891/OC-GU.

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.

SEGEPLAN (Secretaria General de Planificación Económica). 1999. *Guatemala, hacia un nuevo milenio*. Guatemala: SEGEPLAN, pag. 13.

SNUG (Sistema de Naciones Unidas en Guatemala). 1999. *El rostro rural del desarrollo humano*. Guatemala: SNUG, pag. 65.

ANEXO 1. PERSONAS ENTREVISTADAS

Anabella Sánchez	Oficial, USAID
Juanita Mejía	Asesora de Medicamentos, OPS
Julio Valdés	Coordinador Unidad de Medicamentos, MSPAS
Alfredo Privado	Comisión de Transparencia, MSPAS
Manuel Lezana	Asesor, PROAM
Alfonso Sánchez	Asociación Fabricantes Nacionales
Julio Rivera	Gerente General, PROAM
Jorge Alborná	CMM
Mónica Selman	Asistencia Farmacéutica, IGSS
Ligia Ericastilla	Coordinadora Asuntos Regulatorios, Gremial de Fabricantes de Productos Farmacéuticos
Juan Carlos Castro	Coordinador, Proyecto de Reforma del Sector Salud
Roberto Abreu	Junta Directiva de la Gremial de Farmacéuticos

ANEXO 2. INDICADORES

Instrumento 2: Indicadores del efecto de la RSS sobre la organización y gestión del sistema de suministro de medicamentos

Componente del Suministro	Pregunta/Indicador	Valor al Inicio	Fecha y Fuente	Valor al Momento del Estudio	Fecha y Fuente
Adquisición	Porcentaje de unidades descentralizadas que licitan y compran de forma autónoma	100%. Todos los hospitales y centros de salud licitaban y compran.	Informantes MSPAS	0%. Solo una licitación central pero todas las unidades compran de forma descentralizada.	Informantes MSPAS
	Porcentaje de presupuesto institucional de medicamentos que se ejecuta de forma centralizada (decisión sobre proveedores y precio de adquisición)	10%	MSPAS Evaluación del sector farmacéutico 2002	90%	MSPAS Evaluación del sector farmacéutico 2002
	¿Quién paga a los proveedores? ¿Cuánto tiempo después de la entrega de los productos?	Ministerio de Finanzas Públicas. Tiempo variable.	Informantes MSPAS	Ministerio de salud. 30 días después de recibidos los productos.	1999. Bases de contrato abierto.
Distribución	Porcentaje de coincidencia entre tarjetas de control de existencia y conteo físico	N.D.		43%	MSPAS Evaluación del sector farmacéutico 2002
Uso	Porcentaje de pacientes que sabían cómo utilizar los medicamentos prescritos	N.D.		86.5%	MSPAS Evaluación del sector farmacéutico 2002
Apoyo Gerencial	Porcentaje ejecutado de medicamentos como proporción del presupuesto asignado	N.D.		94.5%	MSPAS/OPS. 2000. Gestión de medicamentos en la red de servicios del MSPAS.

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

Componente del Suministro	Pregunta/Indicador	Valor al Inicio	Fecha y Fuente	Valor al Momento del Estudio	Fecha y Fuente
Marco Legal y Regulatorio	Gasto del MSP en medicamentos como porcentaje del presupuesto total	13.32%	1995. Base de datos elaborada por RPM Plus en base a datos oficiales.	9.39%	1997. Base de datos elaborada por RPM Plus en base a datos oficiales.
	Número de empresas farmacéuticas que participan en el proceso de licitación público	9	Comunicación M Lezana, Asesor PROAM	54 (1997)	Comunicación M Lezana, Asesor PROAM
Acceso	Expendios de medicamentos registrados: (a) de la red pública; (b) de la red privada lucrativa; (c) de la red privada no lucrativa	N.D.		1220 públicos 3189 privados 866 privados no lucrativos	MSPAS Evaluación del sector farmacéutico 2002.
	Porcentaje de disponibilidad de medicamentos trazadores al momento de la visita en establecimientos de salud	60%	MSH 1992	67.9	MSPAS Evaluación del sector farmacéutico 2002
	Porcentaje de disponibilidad de medicamentos trazadores al momento de la visita en almacenes de área de salud	N.D.		79.3%	MSPAS Evaluación del sector farmacéutico 2002
	Porcentaje de tiempo de desabastecimiento de medicamentos trazadores durante 1 año en establecimientos de salud	32%	MSH 1992	17%	MSPAS Evaluación del sector farmacéutico 2002
	Porcentaje de tiempo de desabastecimiento de medicamentos trazadores durante 1 año en almacenes de área de salud			8.5%	MSPAS Evaluación del sector farmacéutico 2002
	Porcentaje de diferencia de precio de medicamentos trazadores entre expendios públicos y farmacias privadas	833%		PROAM y Medicamentos Esenciales 2000	1347%

Articulación entre RSS y Gestión del Suministro de Medicamentos

Componente del Suministro	Pregunta/Indicador	Valor al Inicio	Fecha y Fuente	Valor al Momento del Estudio	Fecha y Fuente
	Porcentaje del salario que representa un tratamiento de neumonía para el empleado gubernamental de mas bajo salario	N.D.		El tratamiento de una neumonía representa el 7.32% del salario semanal del empleado gubernamental con salario mas bajo.	MSPAS Evaluación del sector farmacéutico 2002
	Porcentaje de medicamentos dispensados a los pacientes en establecimientos del MSPAS	N.D.		78.2%	MSPAS Evaluación del sector farmacéutico 2002

ANEXO 3. 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? _____

Anexo 3. Instrumentos

¿Se efectuaron estudios de pre inversión? 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 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?

Instrumento 3: Análisis de precios de adquisición de medicamentos por Contrato Abierto

		Código de Convocatoria →										
No.	Código	Nombre Genérico	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1		Acetaminofen, tableta 500 mg										
2		Ibuprofeno, tableta 400 mg										
3		Sales de Rehidratación Oral, polvo, sobre de 27.9 g										
4		Mebendazol, tableta 100 mg										
5		Trimetroprima-sulfametoxazol 40 mg +200 mg/5 ml suspensión										
6		Trimetroprima-Sulfametoxazol tabletas 160										
7		Tetraciclina clorhidrato, capsula 500 mg										
8		Amoxicilina,. cápsula 500 mg										
9		Ciprofloxacina, tableta 500 mg										
10		Penicilina procaína, frasco 4 millones U										
11		Ranitidina, tableta o gragea 150 mg										
12		Sulfato de hierro, tableta 300 mg										
13		Salbutamol sultafo, tableta 300 mg										
14		Captopril, tableta 25 mg										
15		Glibenclamida, tableta 5 mg										
16		Metronidazol, tableta 500 mg										

ANEXO 4. GRÁFICO DEL SISTEMA DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DEL MSPAS

