

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

TESIS DE GRADO

**TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN SALUD
PÚBLICA**

MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD

**Gestión de Medicamentos diferenciada según fuente presupuestaria de abastecimiento en
las áreas descentralizadas de salud**

María Fernanda Campaña Lara

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Marco Antonio Pino

TUTOR METODOLÓGICO: Dra. Rosa Goyes

Quito, 25 de febrero del 2011

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, MARÍA FERNANDA CAMPAÑA LARA, C.I. 131021776-3 autora del trabajo de graduación intitulado: "Gestión de Medicamentos diferenciada según fuente presupuestaria de abastecimiento en las áreas descentralizadas de salud", previa a la obtención del grado académico de MAGISTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD en el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 28 de marzo del 2011

María Fernanda Campaña Lara

C.I. 131021776-3

AGRADECIMIENTO

A mi familia.
Por el tiempo pendiente y la paciencia.

Al Director y a la Tutora

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Resumen ejecutivo	1
2. Presentación	3
3. Análisis situacional	5
3.1 Planteamiento del problema	8
4. Marco conceptual	9
5. Modelo conceptual	13
6. Conocimiento y experiencias previas	18
6.1 Iniciativa Bamako	18
6.2 Recuperación de costos en Ecuador	20
6.3 Cobertura estatal selectiva	22
7. Hipótesis de cambio	24
8. Alternativas de cambio	25
9. Propósito y objetivos	27
10. Metodología	27
11. Instrucciones operativas	31
12. Resultados: evaluación operativa	37
13. Resultados: evaluación analítica	43
13.1 Perfil de la demanda	43
13.2 Relación listado – perfil	46
13.3 Presupuestos y necesidades	48
13.4 Tendencias de consumo de medicamentos	49
13.5 Rupturas de stock	53
14. Discusión	54
14.1 Hipótesis de cambio	54
14.2 Abastecimiento y perfil epidemiológico	56
14.3 Costo asumido por el estado	59
14.4 Financiamiento estatal vs recuperación de costos	60
14.5 Sistema de información logístico	61
15. Conclusiones	63
16. Recomendaciones	67
17. Bibliografía	70
18. Anexos	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Modelo descriptivo	7
Gráfico 2: Cronología de las políticas de medicamentos en el Ecuador y su correlación con algunos eventos mundiales y nacionales	12
Gráfico 3: Modelo descriptivo	15
Gráfico 4: Modelo prescriptivo	16
Gráfico 5: Acceso a medicamentos	17
Gráfico 6: Gasto de los hogares en medicamentos	21
Gráfico 7. Flujo de fondos asignados a la LMGYAI	23
Gráfico 8: Sistema de información logístico de medicamentos	64
Tabla 1: Perfil de la demanda	44
Tabla 2: Atenciones por grupo de edad	44
Tabla 3. Atenciones a grupos de la LMGYAI	45
Tabla 4: Opciones de tratamiento y perfil epidemiológico	47
Tabla 5: Consumo de medicamentos año 2009	50
Tabla 6: Consumo de medicamentos año 2010	52
Tabla 8: Etapas políticas en el Ecuador	58
Tabla 9: Gasto mundial en medicamentos	59

RESUMEN EJECUTIVO Y PALABRAS CLAVE

El problema examinado en la presente investigación es el manejo del Sistema de Información de Medicamentos en el Subcentro de Salud Amaguaña (SCSA). Este análisis es clave puesto que las fallas o limitaciones de información existentes generan una repercusión en el ciclo de gestión de medicamentos, gestión encargada de la toma de decisiones dirigidas a mantener su adecuada disponibilidad. Es probable que las fallas del sistema de información afecten a gran parte del sistema de gestión de medicamentos en muchas unidades del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, lo cual significa con seguridad un costo fiscal innecesario en un contexto en el cual el tema económico busca ser resuelto.

El abordaje se realizó desde el enfoque de lo que se conoce como Investigación-Acción, es decir con el análisis del problema pero acompañado de la propuesta e implementación de una alternativa de cambio y de la participación de la maestrante en la concreción de la misma.

Para formular la alternativa de cambio se planteó realizar un análisis local de la información de medicamentos mediante la utilización de un Sistema de Información logístico que permitiera realizar una retroalimentación de la información generada desde abajo hacia arriba del sistema de gestión de medicamentos, y en el cual se basaran las decisiones tomadas por las Unidades Operativas como el SCSA y la Jefatura del Área de Salud a la cual pertenece. El resultado fue la proposición de un sistema de registro de medicamentos que, recogiendo los aspectos rescatables del sistema anteriormente utilizado, se convirtiera en el punto de partida para mejorar sustancialmente la generación de información y por ende de gestión de los medicamentos en el servicio y en el área.

Ahora bien, en el transcurso de la investigación se detectó un asunto que terminó por enrumbar el trabajo hacia el conflicto que causa a nivel local la existencia de dos fuentes de financiamiento, cuestión que incide decisivamente sobre el sistema de registro del consumo, y sin cuya corrección difícilmente se puede lograr un sistema de abastecimiento coherente. Este problema fue abordado con nuevas instrucciones operativas y pudo ser resuelto a nivel local. Es de esperar que en el nivel central se tome en cuenta este hallazgo y que, al considerarlo como un real problema, se supere la tendencia a planificar la gestión de medicamentos basándose únicamente en las facturas de adquisiciones.

Palabras Clave: Investigación Acción, Sistema de Información Logístico.

EXECUTIVE SUMMARY AND KEYWORDS

The present study refers to management of the Drug Information System in Amaguaña Health Subcenter. It could be considered a key analysis because information failures impact drug management system thus affecting the decision-making process and avoiding achieve a good availability of drugs. It is likely that information system limitations affect a substantial part of the drug management system in many units of the Ministry of Public Health of Ecuador, signifying an unnecessary fiscal cost in a context where economic deprivation seeks to be resolved.

The study was made under approach known as Action Research, i.e. the analysis of the problem, accompanied with proposal and implementation of change initiatives and the participation of the mentee in its practical realization.

To think in a change initiative was tested the local drug information through the use of a system that allows a logistical information feedback of drug management system from bottom-up, and on which should be based the decision-making in health units and in health area direction.

As a result, was proposed a registration system which recovering redeemable aspects at the system formerly used, become the starting point to substantially improve the information and hence the management of drugs in the service and in the area.

However, in the course of the investigation, appeared a matter that geared the work toward the conflict which causes at local level the existence of two sources of funding, a question that has had a major impact on the registration system of the prescribed medicines, and without whose correction is difficult to achieve a good supply system.

This problem was addressed with new operational instructions and could be resolved at the local level. It is hoped that central level would take into account this finding and, considering it as a real problem, overcome the tendency to plan the management of drugs on solely basis of the invoices of acquisitions.

Key Words: Drug Information System, Action research, Logistical Information System.

PRESENTACIÓN

El Subcentro de Salud Amaguaña (SCSA) ubicado en la parroquia del mismo nombre, está adscrito administrativa y territorialmente al Área de Salud N° 24 Conocoto; actualmente, tiene asignada una población de 26853 habitantes y realiza actividades preventivas y curativas con los paquetes que por lo general oferta una Unidad de Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública: cubre los servicios de Medicina General, Obstetricia, Odontología y Control Sanitario.

La razón de médicos es de 5 por cada 10000 habitantes, incluyendo a los profesionales del Sistema Público y Privado de Salud de la Parroquia.

Al no brindar el Sistema Público con el Subcentro de Salud cobertura de atención para el total de la población, es frecuente que se utilicen otras Unidades Operativas pertenecientes al Área de Salud N° 15, geográficamente cercanas a la parroquia de Amaguaña, tales como: Subcentros de Salud de Fajardo, San Pedro de Taboada y Hospital de Sangolquí, o alternativas de medicina tradicional, especialmente realizada por parteras comunitarias.

Las causas de consulta de mayor frecuencia son las Parasitosis intestinales, Infecciones Respiratorias, Desnutrición, y Anemia ferropénica.

Los grupos de edad que mayoritariamente acceden al servicio son mujeres y niños; en el 2010 se observa un incremento de consultas en adultos jóvenes y adultos mayores.

El promedio diario de atención es de 81 pacientes con 2 médicos y un odontólogo de 8 horas, y un médico y una Obstetiz de 4 horas, con lo cual se cubre un horario de ocho horas por día. Desde el mes de Abril del 2010, tiempo en el cual se puso en práctica la gratuidad de los servicios públicos de Salud para todos los grupos de edades, los medicamentos disponibles en farmacia del SCSA comenzaron a ser despachados a todos los usuarios de forma gratuita. Para octubre del mismo año, se suspendieron los cobros por consulta odontológica. Al momento, la autogestión se presenta por concepto de certificados médicos y ocupacionales; los montos recaudados por esta actividad, son destinados a la Jefatura de Área.

A partir de la época en que se pretendió implantar el modelo neoliberal, se comenzó a realizar experiencias destinadas a producir la descentralización de los Servicios de Salud, y entre éstas, se descentralizó –bajo un modelo privatizador- la gestión de medicamentos.

Los resultados obtenidos, evidencian la ineficiencia, el aumento de costos, la demora de los procesos en general; con ello se fortalece la percepción de que lo público no funciona; por tanto, debe restringirse a programas paliativos mínimos, como el de maternidad “gratuita”.

En el momento político actual, el Modelo de Salud ofertado, es un modelo con énfasis en prevención y promoción de salud: basado en el postulado de la salud como un derecho.

En este contexto, el medicamento, bien tangible “que usualmente había estado sujeto a los vaivenes e intereses del sistema mercantil”, se convierte ahora en vehículo de la materialización de un derecho y su costo es asumido por el Estado, que ensaya fórmulas de negociación que se espera sean cada vez más eficientes.

En la actualidad, se hace especial énfasis en el tema de acceso a medicamentos, se pretende que aquellos formen parte de la provisión de servicios ofertada al igual que las otras actividades realizadas en las unidades operativas. El presidente de la República por decreto ejecutivo del 22 de Diciembre del 2009¹, plantea la producción de medicamentos, mediante la implementación de una Empresa Pública de Fármacos (ENFARMA), y se espera que en dos años esté implementada una planta para producir y comercializar los fármacos bajo control estatal. Aún no está claro entonces el tema de la producción, si será de medicamentos ya producidos por la industria nacional, si será de medicamentos que no se producen en el país, o de ambos.

El mismo año, de igual manera, otro decreto ejecutivo dio luz verde al otorgamiento de licencias obligatorias sobre las patentes, liberando así de éstas a 2000 medicamentos. El objetivo, tener otros proveedores en el mercado de fármacos, con lo cual, se logra romper el monopolio y disminuir los costos

¹ Registro Oficial N° 98. 30 de Diciembre del 2009.

ANÁLISIS SITUACIONAL (PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA).

En el área de salud N° 24 – Conocoto - la gestión de medicamentos se realiza de acuerdo al esquema de suministro propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la selección de productos, su adquisición, y manejo de inventario y distribución. (OMS/OPS 2004)

En la Gestión de Medicamentos del SCSA, de acuerdo a las fases del proceso, hay tres actores principales involucrados en el cumplimiento de las actividades.

Al comienzo, interviene la Jefatura del Área N° 24 a quien está adscrito el SCSA, en la determinación de necesidades, y adquisición de medicamentos. El Comité de Farmacología, cuyos miembros son: Director de Área, Servicios Institucionales, Departamento Financiero, y Química Farmacéutica, intervienen en esta fase.

Las necesidades de grupos medicamentosos y su cantidad, se basan generalmente en datos históricos. Desde el año 2010, la planificación de las adquisiciones se plasma en el Plan Anual de Compras de Medicamentos.

Una vez determinadas las necesidades, interviene el Comité de Adquisiciones, conformado por el mismo Comité de Farmacología, más personal de cada servicio (Pediatría, Ginecología, Medicina General), que intervienen como técnicos, de acuerdo a la medicación que vaya a ser adquirida.

Las adquisiciones se realizan desde el 2010 a través del portal de compras públicas².

Una vez adquiridos los medicamentos, estos son recibidos, almacenados y distribuidos por la bodega del área, que interviene como segundo actor importante de este proceso. Ésta se encarga de llevar el registro contable de los medicamentos y de despachar las solicitudes de las Unidades Operativas.

Finalmente, intervienen las Unidades Operativas, (Centros, Subcentros y Puestos de Salud) quienes deben generar necesidades de medicamentos para abastecer a sus farmacias y asegurar la disponibilidad del medicamento de manera oportuna mediante el registro del consumo de medicamentos.

² www.compraspublicas.gov.ec

El problema confirmado en la presente investigación fue que el manejo inadecuado del Sistema de Información de Medicamentos en el SCSA no permite la toma de decisiones acertadas y limita la disponibilidad de medicamentos.

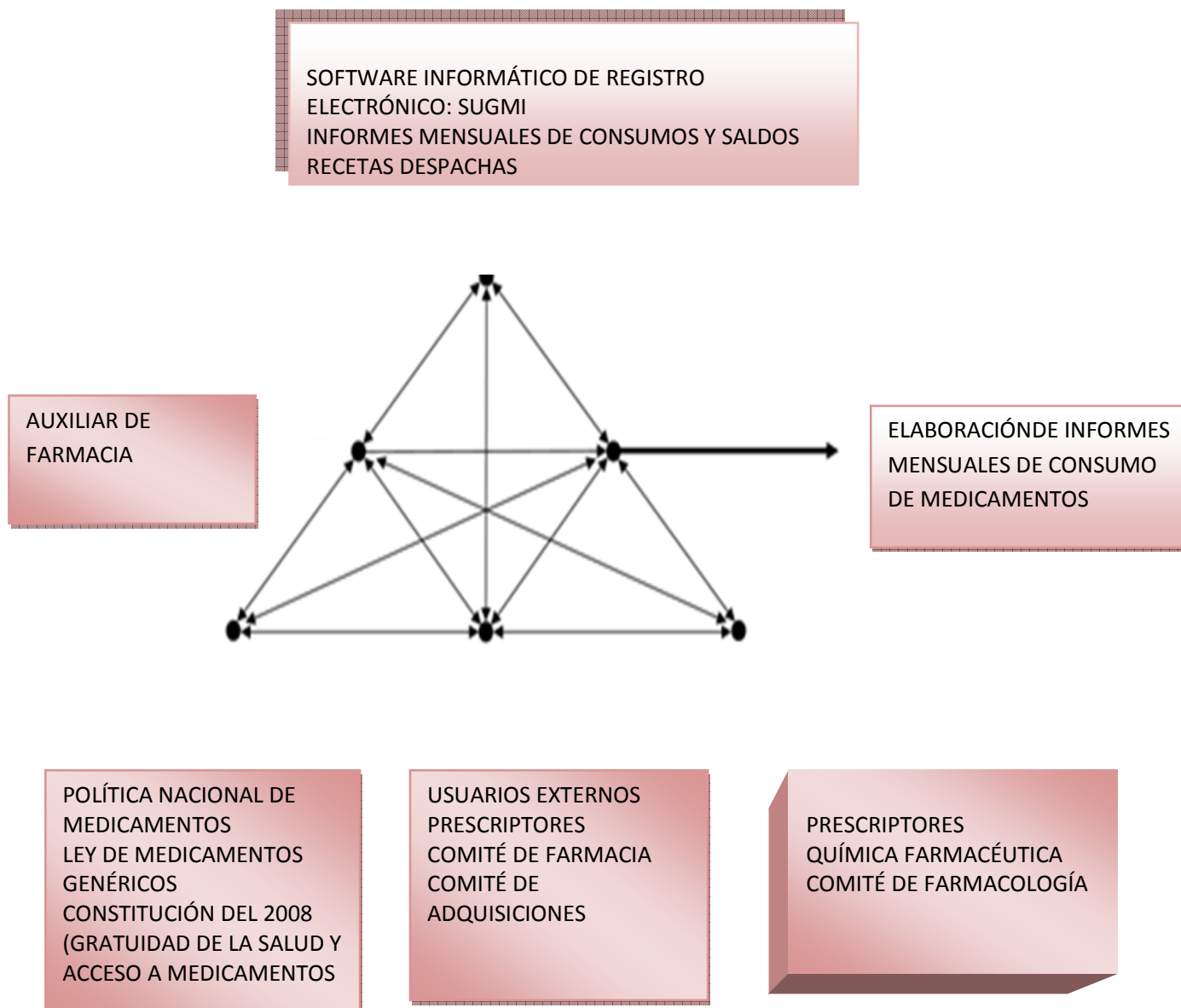
Es necesario recordar que en el Subcentro de Salud Amaguaña (SCSA) hasta el año 2007, el registro de consumo de medicamentos se realizaba de manera manual en un formato de kárdex y la persona encargada de este registro: auxiliar de enfermería, realizó esta actividad durante un período de diez años. Desde el 2008, el registro fue delegado a un auxiliar administrativo contratado para el manejo estadístico, a quien posteriormente se delegó funciones de farmacia y secretaría.

Desde ese año, se comenzó a registrar el consumo de medicamentos de manera electrónica en un kárdex similar al manual. Tal proceso siguió realizándose de la misma manera hasta que en el mes de septiembre de 2009, se crearon complementos e hicieron innovaciones – cálculo de promedio mensual de consumo de medicamentos, niveles mínimos y máximos de abastecimiento (stock mínimo y máximo), activación de una señal de alarma por desabastecimiento - a la hoja de registro electrónico como parte del segundo módulo de campo de la maestrante.

Desde el mes de septiembre del año 2010 el Área de Salud N° 24 Conocoto, decide homologar los registros electrónicos de sus Unidades Operativas (Centros y Subcentros de Salud) mediante la implementación de un registro electrónico de consumo de medicamentos común, propuesto por la Dirección Provincial de Salud de Pichincha: Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGMI). (Anexo 1)

MODELO DESCRIPTIVO

GRÁFICO 1. ACTIVITY SYSTEM DEL REGISTRO DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN EL SCSA.



Fuente :Engeström (1999) Activity Theory
Elaborado por: María Fernanda Campaña

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los problemas de abastecimiento de medicamentos han sido, por mucho tiempo, uno de los obstáculos para la prestación adecuada de servicios en el sector público de salud. En el contexto de gratuidad de la atención, si bien se reduce la barrera económica que antes impedía el acceso a los medicamentos, no necesariamente se resuelve el problema de su disponibilidad. Una gestión de medicamentos racional, bien planificada, proyectada en base a un pronóstico correcto de la dinámica epidemiológica, se impone en Subcentros públicos de salud como el de Amaguaña, para asegurar su abastecimiento y disponibilidad.

Para el año 2009, 69 ítems de medicamentos de un total de 77 estuvieron desabastecidos (bajo el nivel mínimo de abastecimiento o en nivel cero) por períodos variables de meses que van desde uno hasta 12.

Para el año 2010, de un total de 79 ítems de medicamentos, 72 estuvieron desabastecidos con igual variabilidad de meses que para el 2009.

En el 2009, las solicitudes de medicamentos se realizaban cada dos meses, tomando en cuenta las estimaciones subjetivas de los profesionales responsables de cada servicio (Medicina General y Obstetricia), mientras que desde el 2010 posteriormente al cálculo de los niveles de abastecimiento de todos los medicamentos basado en la propuesta de la Tesis, las solicitudes en el SCSA se realizan en base a consumos.

Estas solicitudes son aprobadas por la Química Farmacéutica del Área de Salud, quien determina su aprobación previa revisión de los niveles de abastecimiento calculados por el SUGMI; sin embargo, esta información fue recabada para la tesis, ya que las Unidades de Salud no conocen que las aprobaciones están sujetas a niveles de abastecimiento calculados para cada Unidad Operativa. Es por eso, que los pedidos de medicamentos generalmente llegan incompletos.

Para el registro de consumos de diferentes partidas presupuestarias de adquisición, se utiliza un único sistema de registro: el SUGMI. Éste presenta dos listados de medicamentos diferentes cuyos nombres no identifican a la partida de Maternidad Gratuita; sin embargo, se asume que serían los ítems del segundo listado los correspondientes a dicha partida. No existe registro diferenciado ni desde la prescripción del medicamento ni desde el despacho del mismo, lo cual indica que el registro se realiza

indistintamente sin diferenciar partida presupuestaria de adquisición. Lo cual resulta ser un problema si se considera que el presupuesto de la partida de Maternidad Gratuita debe ser justificado con las prestaciones específicas realizadas para poder obtener el reembolso correspondiente.

“La forma tradicional para asignar fondos a las Unidades del MSP ha sido a través de presupuestos anuales basados en el gasto histórico. Esta modalidad en la práctica introduce un incentivo negativo a la mejora de la calidad...La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) introdujo en el MSP la reforma nunca antes ensayada de reembolsar a las Unidades sus gastos de medicamentos, insumos, exámenes de laboratorio, sangre y micronutrientes, en base a los reportes de producción por cada Unidad Ejecutora: Hospitales y Unidades Ambulatorias” (Hermida J, 2005)

MARCO CONCEPTUAL

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para 1999, el 30% de la población mundial no tiene acceso a medicinas esenciales. Los países cuyos ingresos económicos son mayores (15% de la población mundial) consumen el 90% de la producción mundial de medicamentos³.

El mercado farmacéutico global fue valorado en más de 400 billones de USD en 2004, y más del 80% del mercado se encuentra en Norte América, Europa y Japón.

Cualquier política nacional de medicamentos debería tener tres objetivos fundamentales: incrementar el acceso, mejorar y certificar la calidad, y asegurar la prescripción racional.

Es así, que países como Brasil, Malasia, Indonesia, entre otros, han logrado mejorar el acceso a medicamentos dictando políticas de liberación de patentes y fortaleciendo la producción Estatal.

En el Ecuador a inicios del siglo XX, las boticas fabricaban preparados farmacéuticos a partir de principios activos extraídos de las plantas. Para 1930, comienza la fabricación de medicamentos en laboratorios químicos. El Instituto de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez, comienza a producir en 1940 la vacuna BCG en forma líquida.

³ Ensuring Supplies of Appropriate Drugs and Vaccines .Disease Control Priorities in Developing Countries. .2006. Segunda Edición. Capítulo 72.

El primer listado de medicamentos con 130 principios activos aparece en 1976. Desde 1985 aparecen programas del Ministerio de Salud Pública (MSP) con el fin de contrarrestar enfermedades específicas.

Entre ellos, el programa de control de la enfermedad diarreica aguda, el programa de reducción de enfermedades y muerte infantil (PREMI), y programas para facilitar el acceso económico a medicamentos como MEGRAME (cuyos beneficiarios eran los niños menores), programa que fomenta el uso de medicamentos genéricos y boticas populares. Para tal efecto, la Unidad Ejecutora de Medicamentos Genéricos adscrita al MSP se encargaba de la dotación, hasta que en 1988 aparece el CEMEIM (Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos) como reemplazo a la unidad ejecutora de medicamentos genéricos.

El CEMEIM fue un ente estatal, encargado de la adquisición, venta y distribución de fármacos. El mercado de medicamentos estuvo regido por el Reglamento de Fijación de precios, elaborado por la OPS/OMS, y aprobado en julio de 1984. El presidente Febres Cordero lo anuló en su mandato, y el manejo de precios y costos fue discutido y analizado con ASOPROFAR (Asociación de Industriales e Importadores de Productos farmacéuticos); finalmente quedó en manos del Ministerio de Industrias.

Con la existencia del CEMEIM se pretendía obtener medicamentos de buena calidad y al menor costo posible, para distribuirlos a las Unidades de Salud del MSP. Estas últimas, compraban los medicamentos al CEMEIM para dotar a sus farmacias o botiquines, y recuperaban de los usuarios el costo de las mismas. Cuando el CEMEIM no disponía de algún medicamento, éste, era adquirido por las Áreas de Salud al sector privado.

Existía un sistema de descuentos a las Unidades de Salud para los pagos realizados al contado (15%), con crédito de 30 días (12%) y con crédito de 60 días o más (10%). El descuento era realizado sobre el Precio de Venta al público. Los medicamentos para los programas sociales, eran entregados sin costo para la dispensación en las Unidades del MSP.

Las licitaciones para adquisición de medicamentos se realizaban 2 veces al año, y la convocatoria a concurso era publicada a través de la prensa escrita en los principales diarios de Guayaquil y Quito.

Los interesados adquirirían las bases contractuales, y presentaban su oferta en sobre cerrado ante un comité de concurso privado de precios. Una comisión técnica las evaluaba. En 15 días, con la presencia de todos los involucrados, se abrían los sobres, y se anunciaban los ganadores, sin revelar las ofertas.

Esta decisión entre burocrática e intuitiva, le imprime un sello definitivo al sistema de abastecimiento (para el caso de medicamentos, pero en genérico a cualquier sistema de información logística para la gerencia), pues asigna un lapso de abastecimiento de por lo menos seis meses. Como se verá más adelante, los lapsos de abastecimiento son un elemento crucial en el sistema de información.

Se firmaban 3 tipos de contratos: uno para el programa de medicamentos genéricos, uno para el MEGRAME, y otro para el Programa de Alto Riesgo. Los fondos de recuperación de costos, en algunos casos ingresaban al fondo común del MSP, mientras en otros eran utilizados para autogestión de las unidades operativas, y eran empleados para gastos variados, desde el pago de la remuneración de personal, compra de materiales de oficina, suministro de agua, reparaciones, entre otros.

La asignación de un precio de venta al público también variaba de una unidad operativa a otra. En algunas, los medicamentos eran vendidos a precio de costo, en otras se elevaba un 5% adicional.

En la década del noventa, del Banco Mundial se obtuvo el financiamiento para el proyecto: Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud en el Ecuador (FASBASE), y comienza la denominada “modernización” del Estado con los esquemas de recuperación de costos, privatización y descentralización de las áreas de salud

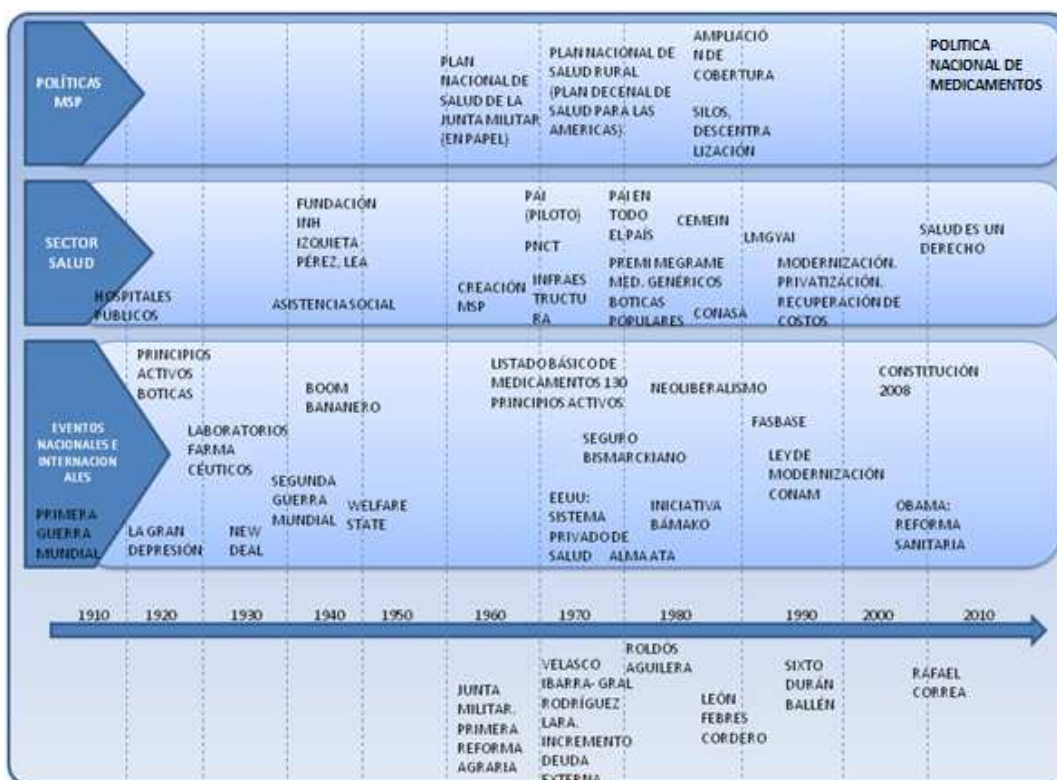
El CEMEIM desaparece luego de ocho años de funcionamiento en 1999 por los problemas administrativos que enfrentaba. La adquisición de medicamentos se desconcentra, y esta función pasa a ser directamente realizada por las Áreas de Salud.

Con el objeto de disminuir los costos que se incrementaron por la pérdida de economías de escala al desconcentrar las adquisiciones de medicamentos, el MSP inicia una licitación centralizada de precios para mejorar la eficiencia de las adquisiciones de las Áreas de Salud.

Para implementar este sistema, se promulgó en el 2004 el sustento legal⁴, que establece que las adquisiciones se realizarán a proveedores calificados por el CONASA y por el MSP.

En el 2006 se dicta la Política nacional de medicamentos y el 2008, con la Nueva Constitución que dispone que el Estado garantizará el derecho a la salud, el costo de los medicamentos disponibles en el MSP es asumido gradualmente por el Estado para todos los grupos de edad, y las Adquisiciones de medicamentos se realizan a través del Portal de Compras públicas.

GRÁFICO 2. CRONOLOGÍA DE LAS POLÍTICAS SOBRE MEDICAMENTOS EN EL ECUADOR Y SU CORRELACION CON ALGUNOS EVENTOS NACIONALES Y MUNDIALES



Elaborado por: María Fernanda Campaña
Fuente: Estrella E. Desarrollo histórico de las Políticas de Salud en el Ecuador (1967-1995)

⁴ Registro Oficial. N° 391. 3 de Agosto del 2004

Es así, que correspondería a las Unidades Operativas como Amaguaña, generar un sistema que permita determinar necesidades técnicas de medicamentos, calcular rupturas de stock, prever desabastecimientos y planificar adquisiciones oportunas, en base a un sistema de registro de consumos de medicamentos que en la práctica anterior a la presente tesis solamente permitía consolidar consumos mensuales, saldos e ingresos.

MODELO CONCEPTUAL

Los medicamentos juegan un papel sumamente importante en la capacidad resolutive de las Unidades Operativas y deben ser accesibles a toda la población.

En un Servicio de Salud, una parte importante de la atención curativa es el acceso de los pacientes al tratamiento farmacológico prescrito en el marco de la Constitución vigente y con el Modelo de salud propuesto el tema de acceso económico ha sido parcialmente resuelto.- se entiende a la salud como un derecho, que involucra temas como la gratuidad de las atenciones y de los medicamentos, favorece la transparencia del proceso de adquisiciones a través del portal de compras públicas y fomenta la disminución de costos, mediante la restricción de las patentes -; sin embargo, el acceso a los medicamentos “en términos de disponibilidad” es un punto importante.

Si consideramos que el medicamento es un bien material producido para el mercado - por la industria farmacéutica – se torna importante analizar la lógica del papel que juegan los medicamentos dentro de la Salud Pública. El mercado de los fármacos se ha tornado de baja rentabilidad si se toma en cuenta los límites que la nueva Constitución – socialmente más avanzada que las anteriores - impone al libre mercado y al enfoque mercantilista propio de la industria farmacéutica. La recuperación del concepto de la salud como un derecho implicaría – lo podríamos decir a modo de hipótesis - la ampliación del rol del Estado en la prestación de los servicios médicos sin costo, y la capacidad de negociación más ventajosa con los productores de medicinas, e incluso la ampliación de la dotación de fármacos genéricos para todos los grupos de edad.

A partir de innumerables iniciativas para el manejo del abastecimiento de medicamentos en el sector público, las que a su vez provenían de diversas ideologías económicas, según la correlación de fuerzas políticas en cada momento, actualmente existen dos partidas presupuestarias para adquisición de medicamentos: la de la Ley de Maternidad

Gratuita, y la de Medicamentos Gratuitos, lo cual plantea además nuevos retos para el Sistema de Información de medicamentos.

En el SCSA en el año 2010 mejoró el acceso al servicio por la declaratoria gradual de gratuidad, y la atención preferencial a los adultos mayores; hecho este, que se reflejó en la demanda mayor de atención de este grupo, en comparación con el año anterior: 1% de las atenciones de morbilidad.

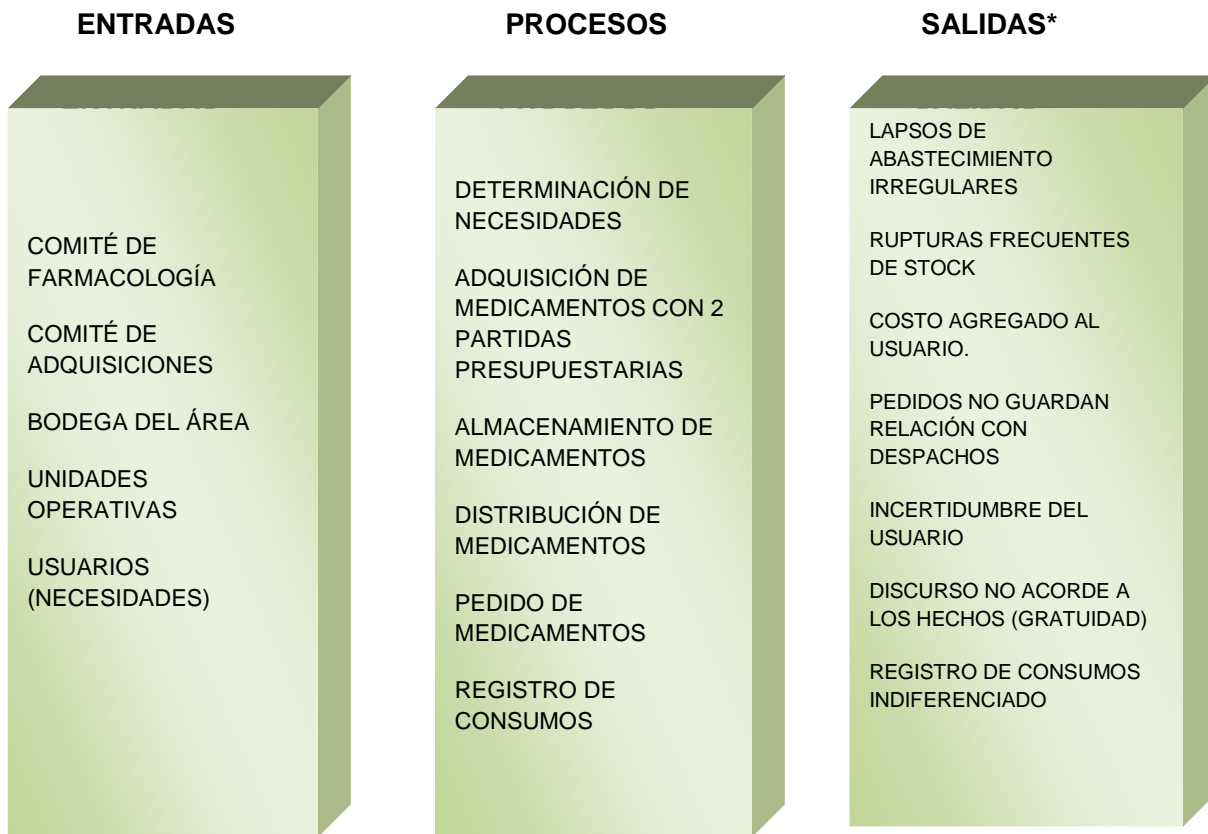
La expectativa generada en los pacientes por la gratuidad, comenzó a hacerse tangible en la entrega del medicamento como parte de la atención curativa; sin embargo, los fármacos rápidamente se desabastecieron, el perfil de morbilidad se modificó al mejorar el acceso, los medicamentos de Maternidad Gratuita - que muy pocas veces estuvieron desabastecidos - comenzaron a hacerlo, y, la continuidad de atención a pacientes crónicos, su adherencia al tratamiento y la sostenibilidad de clubes formados por estos, estarían sujetos en gran medida a la disponibilidad de medicamentos.

Es por esto, que el tema escogido de investigación, fue el Nivel de Abastecimiento de Medicamentos en el Subcentro de Salud de Amaguaña.

Adicionalmente, la necesidad sentida desde hace varios meses de organizar de mejor manera la farmacia de la Unidad Operativa, y hacer un control de los registros, era un momento adecuado para investigar este tema.

La presente investigación abordó el problema desde un modelo de entradas, procesos y salidas, que permitió establecer relaciones entre los procesos e identificar propuestas de cambio que posteriormente se convirtieron en *hipótesis de cambio*.

GRÁFICO 3. MODELO DESCRIPTIVO DE ENTRADAS PROCESOS Y SALIDAS

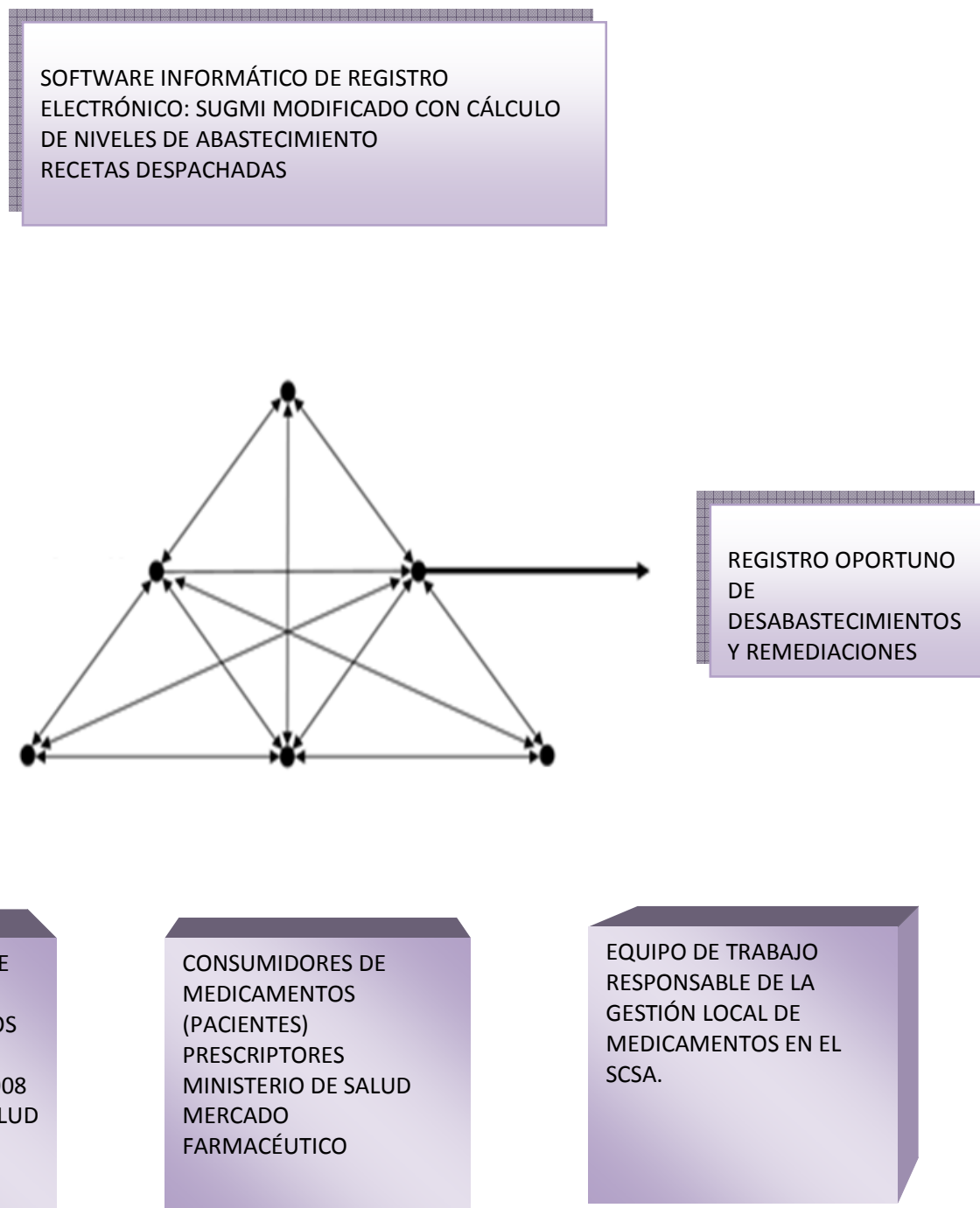


***Situaciones fácilmente observables en servicios ambulatorios**

Fuente: Teoría de Sistemas

Elaborado por: María Fernanda Campaña

GRÁFICO 4. MODELO PRESCRIPTIVO. ACTIVITY SYSTEM DEL MANEJO DE NIVELES DE ABSTECIMIENTO EN EL SCSA.

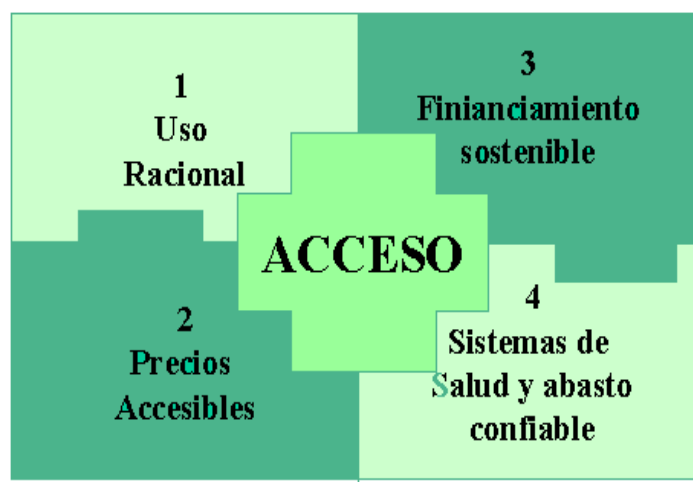


Fuente :Engeström (1999) Activity Theory
Elaborado por: María Fernanda Campaña

Desde el 2008 el Estado asumió la responsabilidad de garantizar el acceso a la salud, y por ende a Medicamentos.

Tal como muestra el siguiente gráfico, un componente fundamental del acceso a medicamentos es el financiamiento sostenible (OMS, 2000).

GRÁFICO 5: ACCESO A MEDICAMENTOS



Fuente: Base de datos de OMS 2000
Elaborado: Elaborado por: Raúl Molina, Conferencia de financiamiento de los medicamentos. México.

Cuando el costo es asumido por el paciente, el gasto generado podría afectar la economía familiar y limitar su acceso (Pino, 2008).

La iniciativa Bamako de recuperación de Costos en África, que posteriormente fue introducida en varios países de Latinoamérica bajo la forma de un esquema privatizador, planteó la alternativa de la autosostenibilidad del sistema financiero de medicamentos mediante la recuperación de costos al trasladar el mismo al usuario.

La OMS establece que los medicamentos seleccionados para abastecer a las Unidades de Salud, deben resolver las enfermedades prevalentes, por tanto, dentro de los criterios de selección de medicamentos es prioritario establecer el perfil epidemiológico de cada institución.

La LMGYAI promulgada en el Ecuador desde 1994 y vigente hasta la presente fecha a sido objeto de varias reformas. Surgió como parte de la política neoliberal, que se mantuvo en el país hasta el año 2007. Desde finales del 2008, esta Ley comienza a perder sustento con la declaratoria gradual de gratuidad planteada por la actual Constitución para todos los grupos de edades.

La provisión de medicamentos como parte del nuevo enfoque de provisión de servicios de Salud ha sido paulatina, y ha respondido básicamente a la disponibilidad financiera.

El problema determinado en el primer módulo de campo de la maestrante (2009): Manejo Empírico de los Niveles de Abastecimiento de Medicamentos en el SCSA fue descrito y sus probables causas visualizadas mediante el Activity System.

La selección del problema se realizó mediante una priorización con criterios de factibilidad, recursos y relevancia, y el proceso fue llevado de manera individual para evitar que en el criterio de otro compañero influenciara el criterio personal. Las alternativas de cambio planteadas por el equipo de trabajo se realizaron de igual manera.

La alternativa seleccionada fue la utilización de un Sistema de Información logístico Gerencial de medicamentos, que permita la realimentación del sistema de abajo hacia arriba y permita tomar decisiones técnicas.

En el segundo módulo de campo de la maestrante (2010): fase de implementación de la alternativa de cambio, se realizaron modificaciones determinadas por cambios en el sistema de gestión de medicamentos ocurridos desde el primer módulo de campo, lo cual llevó a reformular la hipótesis de cambio y las instrucciones operativas, cuestión que será ampliada posteriormente en la sección de Metodología.

Se elaboró un Plan de Implementación y un Plan de Comunicación de las Actividades, con el objeto de facilitar la implementación.

CONOCIMIENTO O EXPERIENCIAS PREVIAS

INICIATIVA BAMAKO

La Iniciativa Bamako se planteó como una respuesta ante los recortes presupuestarios del sector público en gran parte de África.

La iniciativa, llamada así porque fue introducida en una reunión de Ministros de Salud Africanos en Bamako – Mali consistía en que UNICEF liderada en ese entonces por Mr. James Grant, proveería de manera gratuita medicamentos a los países participantes durante los primeros años de intervención; luego los medicamentos serían vendidos a los pacientes. El objetivo: obtener utilidades y crear un fondo rotativo para invertir en los servicios de salud y en la adquisición de nuevos medicamentos⁵

La iniciativa se centró en el problema de escasez de fármacos y en el desarrollo de un sistema de financiamiento basado en la comunidad.

La estrategia de recuperación de costos (Iniciativa Bamako de 1987), introduce el concepto de la autosostenibilidad del sistema sanitario, a través de la participación de la comunidad con el fin de asegurar la permanencia de servicios de salud de calidad.

La sostenibilidad se obtiene a partir de fondos rotatorios recaudados a partir del pago hecho por los pacientes y utilizados para comprar medicamentos y para pagar al personal, recaudados por parte de los pacientes.

La Iniciativa contó con el apoyo de los principales donantes de ayuda de Estados Unidos, y de las farmacéuticas, ya que desplazaba una importante parte del costo de la atención de salud desde el gobierno al consumidor.

Esta iniciativa de recuperación de costos, introduce el concepto de la autosostenibilidad del sistema sanitario a través de la participación de la comunidad con el fin de asegurar la permanencia de servicios de salud de calidad. Salvando las distancias, este esquema de

⁵ Efecto de la droga-Iniciativa Bamako fondo rotatorio de la disponibilidad y el uso racional de los medicamentos esenciales en los establecimientos de atención primaria en el sureste de Nigeria. Benjamin Uzochukwu SC ' Obinna Onwujekwe E y Akpala O Cyril. Política de Salud y Planificación; 17 (4): 378-383 2002

“recuperación de costos” se generalizó en los Ministerios de Salud del tercer mundo con diversos niveles de profundidad en su ejecución y fue la receta frente al deterioro intencionado del sector público que las iniciativas del neoliberalismo usaron para darle “rostro humano” a sus políticas de privatización hasta del agua (Pino, 2008)

Las políticas neoliberales de recorte social del estado y las limitaciones financieras impuestas al sector público obligaron a las familias a comprar servicios de salud a nivel privado

RECUPERACIÓN DE COSTOS EN ECUADOR

Dentro del proceso de Reforma del Sector Salud, a inicios de los noventa, con los proyectos de modernización y descentralización del Estado, el suministro de medicamentos, experimentó transiciones que pretendieron mejorar el acceso a los mismos y lograr la eficiencia del sistema con mecanismos tales como el sistema de recuperación de costos.

Las limitaciones financieras del sector público obligaron a las familias a comprar servicios de salud a nivel privado

GRÁFICO 6: GASTO DE LOS HOGARES EN MEDICAMENTOS

Tipo de gasto	Total	Área		Sierra				Costa				Amazonia	Insular
		Urbana	Rural	Total	Quito	Resto Urbano	Rural	Total	Guayaquil	Resto Urbano	Rural		
Consulta médica													
No pagaron la consulta	20.8	20.6	21.2	19.1	17.6	18.6	20.3	22.0	22.8	21.5	21.5	25.5	33.9
0,1 a 9,99 dólares	35.7	36.0	35.2	30.1	30.3	29.3	30.6	40.5	40.5	40.1	41.3	38.0	21.0
10 a 29,99 dólares	26.1	26.2	26.1	24.5	24.1	24.8	24.5	23.7	22.6	25.3	22.0	18.8	32.3
30 a 59,99 dólares	10.7	10.6	11.1	12.5	14.4	13.5	10.7	9.3	9.0	7.8	11.6	9.4	8.1
60 a 89,99 dólares	3.0	3.2	2.6	3.4	4.2	4.7	3.3	2.2	2.6	2.1	1.9	2.7	1.6
90 ó más	3.6	3.5	3.8	4.8	4.4	4.0	5.6	2.4	2.6	2.7	1.7	5.5	3.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Promedio (en dólares)	21.48	21.50	21.45	28.38	31.48	25.75	28.37	15.23	14.48	17.47	13.04	21.98	14.62
No. de casos	3660	3277	2453	3105	476	1021	1506	2236	366	949	701	235	62
Medicamentos/remedios													
No compraron medicamentos	16.3	12.9	21.3	17.3	13.5	10.9	22.7	15.1	14.9	12.3	18.8	18.1	7.7
0,1 a 9,99 dólares	37.6	36.0	40.0	36.2	38.3	32.6	37.1	39.1	34.9	38.5	44.1	38.7	28.2
10 a 29,99 dólares	23.7	25.2	21.6	22.7	24.0	25.3	20.6	25.0	25.3	25.3	23.8	21.5	35.9
30 a 59,99 dólares	13.0	15.0	10.1	12.3	13.0	16.2	10.7	13.2	15.6	14.7	8.7	12.6	19.7
60 a 89,99 dólares	4.7	5.5	3.4	5.0	4.5	6.8	4.1	4.4	6.3	4.3	2.6	4.1	2.6
90 ó más	4.7	5.4	3.7	6.1	6.7	8.2	4.7	3.2	3.0	4.4	2.0	5.0	6.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Promedio (en dólares)	22.05	25.13	17.57	24.44	24.62	32.32	19.91	19.65	22.35	22.28	13.58	21.99	32.49
No. de casos	8938	4710	4328	5154	705	1577	2852	3268	706	1348	1124	419	117
Exámenes de laboratorio													
No efectuaron exámenes	83.0	81.0	86.5	83.5	34.7	77.4	87.0	82.0	82.6	79.5	34.7	89.2	76.9
0,1 a 9,99 dólares	5.5	6.2	4.5	5.3	5.7	6.7	4.0	5.8	4.3	7.4	5.3	6.0	1.9
10 a 29,99 dólares	7.7	8.5	6.2	7.1	5.7	10.0	5.9	8.6	9.0	9.0	7.7	2.8	13.5
30 a 59,99 dólares	2.9	3.2	2.3	3.0	3.0	4.1	2.4	2.8	2.8	3.3	2.2	1.2	1.9
60 a 89,99 dólares	0.3	0.4	0.1	0.4	0.2	0.8	0.2	0.3	0.3	0.4	0.0	0.4	0.0
90 ó más	0.6	0.7	0.4	0.7	0.6	1.1	0.5	0.4	0.9	0.3	0.1	0.4	5.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Promedio (en dólares)	3.91	4.40	2.73	4.00	4.09	5.54	2.96	3.95	5.43	3.72	2.45	2.08	14.97
No. de casos	5540	3142	2398	3043	471	998	1574	2195	576	935	684	250	52
Otros gastos													
No efectuaron otros gastos	42.1	41.2	43.7	40.3	30.0	88.4	93.0	42.8	40.6	43.3	34.3	46.4	88.5
0,1 a 9,99 dólares	1.7	2.0	1.2	1.3	3.0	0.9	0.5	2.1	2.8	1.4	2.3	2.0	1.9
10 a 29,99 dólares	3.4	3.9	2.7	3.4	2.8	6.0	3.0	3.7	4.7	3.6	2.6	0.8	3.8
30 a 59,99 dólares	1.6	1.5	1.6	2.8	3.2	3.1	2.3	0.7	0.7	0.6	0.8	0.0	0.0
60 a 89,99 dólares	0.6	0.7	0.4	0.6	0.2	1.6	0.6	0.5	0.7	0.6	0.1	0.0	1.9
90 ó más	0.5	0.5	0.4	0.8	1.3	0.9	0.5	0.2	0.5	0.1	0.1	0.8	3.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Promedio (en dólares)	2.49	2.71	2.12	3.55	3.65	4.47	2.90	1.64	2.52	1.33	0.99	1.15	11.79
No. de casos	5554	3148	2406	3055	472	1002	1581	2197	576	936	685	250	52

Fuente: Endemain 2004
Elaborado por: CEPAR 2004

En particular, los gastos de bolsillo son uno de los medios más inequitativos de financiamiento de los servicios de salud: las estrategias exitosas de APS en la Región ponen énfasis en la cobertura universal para eliminar las barreras económicas al acceso. (OPS, 2005)

COBERTURA ESTATAL SELECTIVA

Otra iniciativa es la emisión y operación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) promulgada en septiembre de 1994 y publicada en el Registro Oficial. Desde entonces, se han realizado varias reformas a esta ley:

- 1.- Ley s/n, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 523, de 9 de septiembre de 1994.
- 2.- Ley No. 84, publicada en el Registro Oficial No. 667, de 3 de abril de 1995.
- 3.- Ley No. 06, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 98, de 30 de diciembre de 1996.
- 4.- Ley No. 129, publicada en el Registro Oficial No. 381, de 10 de agosto de 1998.
- 5.- Decreto Ley No. 2000-1, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 144, de 18 de agosto de 2000. (2002 REGLAMENTO A LA LEY)
- 6.- Codificación 2004-026, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 463, de 17 de noviembre de 2004.
- 7.- Ley No. 2005-14, publicada en el Registro Oficial No. 136, de 31 de octubre de 2005.

Se estructura esta ley para garantizar el acceso de madres y niños a los servicios de salud públicos al romper la barrera económica, y decretarse para ellos la gratuidad de las prestaciones y también con el objetivo de disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil.

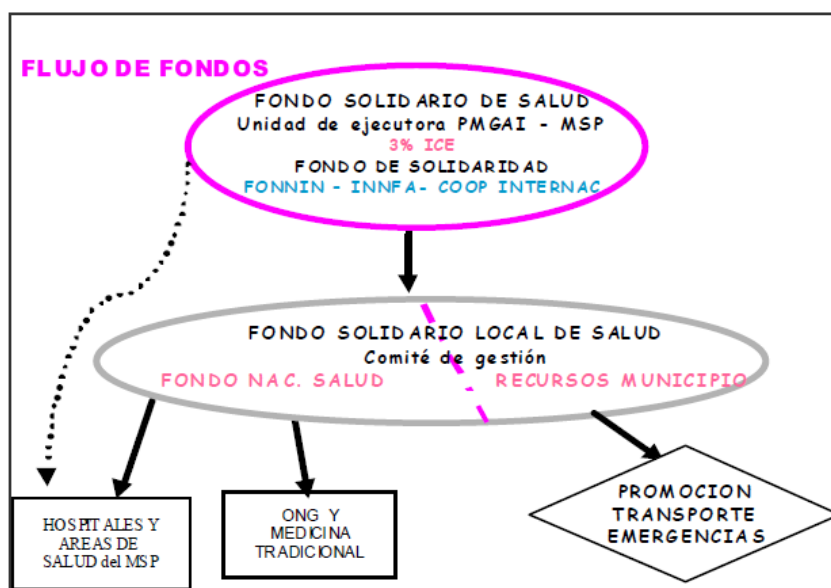
A inicios de la década del 90, las tasas de mortalidad materna e infantil registraron 117 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, y la tasa de mortalidad infantil fue de 30 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Una comparación 8 años después registró 53 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos y 19 niños fallecidos por 1000 nacidos vivos (INEC, 2003).

Se convierte en un espacio de participación ciudadana, mediante la creación de Comités de Usuaris encargadas de verificar que los recursos asignados se utilicen eficientemente.

Hasta la presente fecha se mantiene vigente, y no ha modificado su lógica pese a haber atravesado diferentes gobiernos y cambios en la política.

El presupuesto de la LMGYAI se obtiene principalmente de dos fuentes: Impuesto a los Consumos Especiales (ICE) y Fondo de Solidaridad - creado en 1996 en base a las utilidades de las empresas eléctricas y telefónicas del Estado y a la venta de empresas estatales.

GRÁFICO 7. FLUJO DE FONDOS ASIGNADOS A LA LMGYAI



Fuente: Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Ecuador.
Elaborado por: Informe LACRSS N°62.

Asignación presupuestaria para el año 2011

1. ASIGNACION DIRECTA DESDE EL MEF: USD \$ 3'127.829,80. Disponible en las unidades ejecutoras locales (Área de Salud y Hospitales del MSP) en los primeros meses del año.
2. SEGUNDA ASIGNACIÓN: USD \$ 6'996.471,30. Para esta asignación calificaron pocos Comités de Gestión Local que han justificado las transferencias a sus respectivas unidades de salud.
3. TERCERA ASIGNACIÓN: USD \$ 2'801.262,28.
4. CUARTA ASIGNACIÓN: USD \$ 11'750.900,36.
5. QUINTA ASIGNACIÓN: USD \$ 579.077,70

HIPÓTESIS DE CAMBIO

Cabe indicar que la hipótesis planteada como es usual en proyectos de investigación acción, debió ser ajustada debido a cambios producidos en el contexto de la investigación.

Primera hipótesis de cambio:

Mediante la utilización de un sistema de información logístico que retroalimente la información generada desde abajo hacia arriba del sistema, se podrá tomar decisiones de adquisición y selección de medicamentos acertadas; y con ello, evitar problemas en los niveles de abastecimiento de medicamentos.

Reformulación de la hipótesis de cambio:

Mediante innovaciones realizadas al instrumento del actual sistema de información de medicamentos, se podrá generar información, cuyo análisis desde las Unidades Operativas, permitirá la retroalimentación desde abajo hacia arriba del sistema y la toma de decisiones basada en criterios técnicos

- **INNOVACIONES REALIZADAS:**

El actual instrumento para el registro del consumo de medicamentos propuesto para las Unidades Operativas, que contiene los parámetros de saldo anterior (ingreso desde bodega, descripción del medicamento, forma farmacéutica, concentración, consumo diario, total de consumo mensual y saldo), prácticamente un sistema de kárdex, será modificado aumentando estos nuevos parámetros: detección de niveles mínimos y máximos de abastecimiento, fecha de caducidad de fármacos, y, lapsos de abastecimiento (fecha de solicitud y fecha de despacho en el SCSA).

- **ANÁLISIS DE DATOS SUGMI**

Con los nuevos parámetros introducidos, se plantea la utilización de fórmulas en el instrumento para lograr actualizaciones automáticas de los registros para, en base a los datos obtenidos, realizar cortes de inventario y hacer comparaciones entre uno y otro período, comportamiento de consumo de medicamentos de acuerdo al número y tipo de atenciones, entre otros.

- **RETROALIMENTACIÓN**

El análisis generado desde el SCSA permitirá retroalimentar al Área de Salud, poniendo a disposición del comité de farmacología, la información oportuna; este proceso generará solicitudes de medicamentos basadas en necesidades reales.

ALTERNATIVAS DE CAMBIO

Posibles causas de provisiones inadecuadas:

1. Lapsos de abastecimiento prolongados y no previstos.
2. La información generada por la Unidad Operativa (registro de consumos) no es analizada y tampoco se utiliza para mejorar la toma de decisiones.
3. Falta de organización en los pedidos y despachos de medicamentos.
4. Espacio muy pequeño en farmacia que no permite almacenamiento de grandes provisiones (stock máximo)
5. Uso limitado del instrumento (kárdex) para toma de decisiones oportunas.

6. Registro único de consumos sin diferenciar partida presupuestaria de adquisición.

ALTERNATIVAS DE CAMBIO

1. Planificar adquisiciones, con una frecuencia determinada que permita un equilibrio entre el almacenamiento y el nivel mínimo de abastecimiento, al considerar lapsos que permitan reabastecimientos sin llegar a tener desabastecimientos.
2. Realizar un análisis local de la información de medicamentos que permita realizar una retroalimentación de la información generada desde abajo hacia arriba del sistema, con lo cual, permitirá de manera indirecta al Comité de Farmacología tener un sistema de Información logístico, sobre el cual basarse para realizar pedidos técnicos, y de acuerdo al consumo real, y no al histórico.
3. Normatizar un plazo de recepción de solicitudes de medicamentos en bodega, en el mes para evitar retrasos en el despacho; de esta manera, se puede planificar la recepción de solicitudes, el egreso de bodega y establecer un plazo a la Jefatura de área para determinar un día de distribución de pedidos a las Unidades Operativas.
4. Solicitar la provisión de medicamentos en su stock máximo de acuerdo a la capacidad del almacenamiento en farmacia de la Unidad Operativa y optimizar los espacios
5. Actualizar los instrumentos informáticos disponibles oportunamente y establecer un sistema de alerta cuando determinado medicamento llegue al nivel mínimo de abastecimiento para mejorar la toma de decisiones.

La selección de la alternativa de cambio incluyó criterios de factibilidad, recursos y relevancia para la implementación

PROPÓSITO Y OBJETIVOS

- Disminuir las barreras de acceso económico que genera el gasto de bolsillo de los usuarios que acuden al SCSA y requieren tratamiento farmacológico, procurando que el medicamento llegue a ser dispensado finalmente al paciente de tal forma que se mejore su adherencia al tratamiento
- Contribuir a que el medicamento adquirido llegue a estar disponible cuando el paciente lo requiera.
- Mantener un sistema de comunicación bidireccional entre todos los componentes de la gestión de medicamentos, estableciendo canales que permitan el flujo de información entre la Jefatura de Área y el SCSA.
- Lograr el involucramiento del nivel local en el manejo del sistema de medicamentos mediante el análisis local de información.
- Determinar necesidades técnicas de medicamentos y lapsos de abastecimiento de medicamentos de acuerdo al contexto local.

METODOLOGÍA

Mediante la utilización de técnicas cualitativas y cuantitativas, usando entrevistas y revisión documental, se obtuvieron los datos que permitieron llevar a cabo esta investigación.

El equipo de trabajo responsable, estuvo conformado por actores pertenecientes a la Unidad Operativa, y a la Jefatura de Área.

En la unidad Operativa: Responsable de farmacia, Directora, Investigadora y Prescriptores (Obstetriz, Médica Rural, Odontólogo).

En la jefatura de Área: Química Farmacéutica, Director del Área, Guardalmacén.

En la investigación quien tuvo mayor participación, tanto en la aceptación de la iniciativa, como en la implementación de las instrucciones operativas fue el responsable de farmacia.

La química farmacéutica – quien al momento está organizando el Sistema de Información de medicamentos - se mostró comprometida a participar y apoyar en la iniciativa de cambio; pero, por falta de espacios conjuntos de participación, su rol fue pasivo.

El problema determinado en la primera etapa de la investigación - primer módulo de campo - Desabastecimiento de medicamentos, fue profundizado. Mediante el Activity System, se pudo proponer un modelo descriptivo, que facilitara al equipo de trabajo la visualización de cada una de las actividades dentro del proceso de gestión del medicamento. De acuerdo a las fases del proceso, se determinaron varios factores implicados desde la fuente de abastecimiento hasta la dispensación final del medicamento.

El problema: Manejo Empírico de los Niveles de Abastecimiento de Medicamentos en el Subcentro de Salud Rural Amaguaña; fue seleccionado mediante la priorización con criterios de factibilidad, recursos y relevancia, y el proceso fue llevado de manera individual para evitar que el criterio de otro compañero influenciara el criterio personal.

Las estrategias de cambio fueron planteadas por el personal del SCSA. , bajo la misma metodología anterior de manera individual.

En una matriz se colocó las posibles causas del problema, la propuesta de alternativas, a quién afectaría, quién realizaría la nueva actividad, y la factibilidad de realizarla.

Se llegó a seleccionar mediante la priorización con los criterios anteriormente mencionados como alternativa de cambio al problema de gestión de medicamentos en el SCSA:

La utilización de un Sistema de Información logístico Gerencial de medicamentos, que permita la realimentación del sistema de abajo hacia arriba y permita tomar decisiones técnicas.

Desde el planteamiento de esta alternativa de cambio, hasta la fecha de implementación, sucedieron varios acontecimientos, que se mencionan a continuación:

A finales del 2009, los responsables del manejo de farmacias de las Unidades Operativas, recibieron cursos de capacitación en la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, acerca del manejo de medicamentos, con énfasis en almacenamiento y despacho.

Para comenzar el 2010, el área de salud debió presentar un Plan Anual de Compras de Medicamentos, y comenzó a realizar adquisiciones de los mismos a través del portal de compras públicas.

Con el objeto de regularizar el proceso técnico de la gestión de medicamentos, la Dirección Provincial de Salud de Pichincha implementa - a través de la profesional química farmacéutica que comenzó a prestar sus servicios al Área desde mediados del 2010 - una hoja electrónica estándar, común a todas las Unidades; que, básicamente consiste en un kárdex de registro electrónico, e inicia supervisiones en las farmacias de las Unidades Operativas, desde el mes de agosto del presente año. Cabe indicar que la hoja electrónica para octubre del 2010 fue instalada en dos de las ocho Unidades Operativas del Área de Salud N°24: Subcentros de Salud Amaguaña y Guangopolo.

Hasta el mes de julio del 2010, los medicamentos eran prescritos a todos los grupos de edades para su despacho gratuito.

A partir del mismo mes, se dispuso desde la Jefatura de área, que únicamente podían ser despachados medicamentos a pacientes que corresponden al programa de Maternidad Gratuita, quedando la incertidumbre de cómo despachar otros como: antihipertensivos, hipoglicemiantes, antiparasitarios, entre otros, que no pertenecen a este rubro.

Mientras se resolvía este vacío, en el SCSA se acató la disposición hasta que en el mes de Enero del 2011 desde la bodega del Área de Salud hay un listado diferenciado por partida presupuestaria de adquisición.

Es así, que al llegar al segundo módulo de campo: fase de implementación de la alternativa de cambio, se presentó un nuevo escenario, lo cual, llevó a modificar y ampliar las instrucciones operativas propuestas para la hipótesis de cambio planteada, la misma que también, dada su característica dinámica, ante estas nuevas circunstancias cambió.

Primera hipótesis de cambio:

Mediante la utilización de un sistema de información logístico que retroalimente la información generada desde abajo hacia arriba del sistema, se podrá tomar decisiones acertadas y así evitar problemas en los niveles de abastecimiento de medicamentos.

Reformulación de la hipótesis de cambio:

Mediante innovaciones realizadas al instrumento del actual sistema de información de medicamentos, se podrá generar información, y a la vez, su análisis desde las Unidades Operativas, lo cual permitirá la retroalimentación desde abajo hacia arriba del sistema y la toma de decisiones basada en criterios técnicos.

De la misma manera que la hipótesis de cambio planteada en un primer momento de la investigación fue modificada, las instrucciones operativas para la fase de implementación de la alternativa de cambio se ampliaron.

Para facilitar su implementación, y a la vez, como estrategia para responsabilizar a los actores involucrados, se elaboró un Plan de Implementación, con parámetros tales como: instrucción propuesta, actividades necesarias para llevar a cabo su realización, responsable de realizar la actividad, funciones que tendrían que modificarse, nuevas responsabilidades que se adquieren, y planteamiento de un plan B – posible alternativa cuando no se pueda cumplir la actividad –. (Anexo 3)

Adicionalmente, se formuló un Plan de Comunicación de las Actividades, en el cual se planteó el mensaje que se quería transmitir y la justificación de cada uno de los cambios. (Anexo 4)

De las instrucciones operativas planteadas, se trabajó en las que están relacionadas con las innovaciones del actual instrumento de registro electrónico de medicamentos, y cuyo responsable se determinó que fuera el responsable de farmacia. (Anexo 2)

La conformación del equipo de trabajo responsable del Sistema de Información de Medicamentos en el Subcentro de Salud de Amaguaña, no se materializó en un documento pero tácitamente quedó conformado por el responsable de farmacia, la maestrante y la directora del SCSA.

Como parte del Área de Salud, la profesional química farmacéutica se comprometió a ser parte del mismo; aunque no se pudo trabajar en conjunto con ella.

La propuesta de un recetario diferenciado por programa de financiamiento, y con los parámetros propuestos no llegó a realizarse.

La iniciativa para realizar esto, no tuvo acogida por parte de los prescriptores, ya que según manifestaron, al momento no es sostenible por la falta de recursos tanto del área como propios, para reproducir recetas.

Para la evaluación analítica, el análisis de la información, se realizó con los registros de medicamentos del 2009 y 2010 estableciendo comparaciones entre el instrumento de la propuesta para esta investigación y el del SUGMI para cada año.

La metodología utilizada fue el análisis de la información a partir de una base de datos compatible con el programa Epi – Info, en el cual se construyeron gráficos de dispersión para visualizar el comportamiento de consumo de los medicamentos (Anexo 3). Esto facilitó el análisis de la información, ya que transformó una matriz de datos en un gráfico perfectamente entendible, y a partir del cual se pudieron obtener conclusiones.

Se utilizó, además, el análisis de regresión lineal, a través del cual se construyó una tabla que permitió establecer el valor de p, para definir si la disminución de un medicamento se explica por el paso del tiempo.

El problema tal como se mencionó anteriormente fue analizado bajo la modalidad de una Investigación Acción ya que el objetivo fue que la propuesta de cambio sea implementada con la participación conjunta del equipo de trabajo y el investigador.

INSTRUCCIONES OPERATIVAS

- 1. Actualizar diariamente el ingreso de información en los instrumentos informáticos disponibles, diseñados localmente antes de que existieran otras formas de registro (2009).**

Actualmente, el ingreso de información correspondiente al consumo de medicamentos se realiza al finalizar el mes. En un acuerdo verbal, la directora del SCSA solicitó que la digitación de los consumos se realice diariamente para evitar retrasos en la entrega de informes mensuales de medicamentos: tal acuerdo no ha sido respetado, aunque se ha logrado cumplir el objetivo de entregar los informes a fin de mes.

- 2. Establecer un sistema de alerta cuando determinado medicamento llegue al nivel mínimo de abastecimiento. Se deberán colocar líneas de alerta en las estanterías de medicamentos, y en el computador, programar un signo de aviso cuando el saldo del medicamento llegue al stock mínimo.**

El sistema de alerta propuesto, tal como se mencionó anteriormente, fue realizado en formato electrónico, como adición a la hoja de registro propuesta por la tesis. Se comenzó a utilizar esta herramienta con los medicamentos destinados para enfermedades crónicas: (7 ítems de medicamentos para el año 2011). Necesidad que surgió con el objeto de dar continuidad a un club de personas con enfermedades crónicas, que funciona desde el mes de agosto del 2010. Es así, que bajo constante supervisión de la maestrante, quien a la vez está a cargo de manejar a pacientes con enfermedades crónicas en el SCSA, se logra digitar los consumos de manera oportuna, para que el instrumento pueda funcionar y detectar rupturas de stock.

- 3. Compatibilizar el registro de consumo propuesto por la Dirección Provincial de Salud de Pichincha (SUGMI) con las necesidades reales y con el registro diseñado para la presente tesis. Detección de niveles mínimos, máximos, fecha de caducidad y lapsos de abastecimiento (adquisición, fecha, Ingreso) o solicitud y despacho en el Subcentro de Salud.**

Desde el mes de septiembre del año 2010, el Área de Salud N° 24, decide homologar los registros de consumo de medicamentos en sus Unidades Operativas, mediante la implementación del registro electrónico de consumo de medicamentos propuesto por la Dirección Provincial de Salud de Pichincha: El Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGMI).

En Amaguaña, la propuesta de Tesis que había sido desarrollada en un registro electrónico de bases de datos en el programa Excel, sirve de insumo para complementar al registro del SUGMI (que en su formato original consiste básicamente en un kárdex con dos listados de medicamentos diferentes) con parámetros como: promedio de medicamentos, stock mínimo y máximo de abastecimiento y fecha de caducidad.

Los niveles de abastecimiento para el año 2009 y 2010, consideraron para el cálculo del consumo promedio de medicamentos los meses en los cuales hubo consumo, para evitar posibles afectaciones del dato con registros en cero.

Paralelamente al trabajo realizado por el Subcentro de Salud Amaguaña, la profesional Química Farmacéutica del Área 24, por su parte, comenzó a realizar adecuaciones a la hoja electrónica del SUGMI para calcular el promedio mensual de consumo y niveles de abastecimiento para cada unidad operativa.

Cabe indicar que los datos generados por el SUGMI sirven de insumo para que la Química Farmacéutica apruebe las solicitudes de medicamentos que generan las Unidades Operativas.

4. Supervisión más Capacitación a los bodegueros para compatibilizar el registro informático con el manual

Esta actividad se realizó en varias ocasiones en el SCSA, y resultó de una necesidad al evidenciar que en algunos ítems de medicamentos no coincidía el registro físico con el manual. El mecanismo utilizado fue a través de consultas de la Maestrante con la persona encargada, en las que se planteaban interrogantes sobre casos concretos del manejo de la Farmacia (ítems de medicamentos) y se solicitaban aclaraciones a interrogantes que finalmente se convertían en nuevo conocimiento para la persona encargada. Algunos ejemplos serían: medicamentos desabastecidos que registraban saldos positivos en el kárdex y aparentemente estaban disponibles, ítems de medicamentos registrados por duplicado, recepción de medicamentos con fechas de caducidad próximas, medicamentos caducados no devueltos oportunamente, recepción de medicamentos no solicitados – amoxicilina/sulbactam en lugar de amoxicilina - o consolidado anual que no corresponde con el mensual.

5. Reglamentar un plazo de entrega de los informes mensuales de medicamentos (primeros 5 días del mes).

Actualmente el reporte de medicamentos es entregado a la profesional Química Farmacéutica del Área, en un plazo no mayor a este tiempo.

Hasta Agosto del 2010 se produjeron retrasos en la entrega del reporte y llamados de atención desde la Jefatura de Área. Estos retrasos fueron atribuidos al registro tardío de los consumos (digitación de medicamentos prescritos en recetas), es por esto que se acordó en el SCSA registrar los consumos diariamente para evitar retrasos. No existe un documento por escrito, pero es parte de un acuerdo verbal.

6. Responsabilizar a la profesional Química Farmacéutica de consolidar la información registrada en las unidades operativas.

Dentro de sus actividades, está la de consolidar la información generada en las unidades operativas: (Reporte mensual de consumo de medicamentos); éstos son recibidos dentro de los primeros cinco días del mes tal como se indicó anteriormente.

7. Crear un esquema de necesidades reales de medicamentos

Mediante el registro del consumo y los niveles de abastecimiento, las necesidades de medicamentos solicitadas desde el SCSA hacia la Jefatura del Área de Salud, son realizadas técnicamente basadas en niveles de abastecimiento calculados previamente de la forma que fue indicada anteriormente niveles mínimos y máximos de abastecimiento que consideran un lapso de abastecimiento de 3 y 6 meses respectivamente las mismas que son autorizadas por la profesional Química Farmacéutica quien verifica la necesidad dentro del nivel de abastecimiento calculado por el formato del SUGMI: 15 días para el nivel mínimo y 3 meses para nivel máximo.

8. Conformar en el SCSA un equipo de trabajo responsable del sistema de información de medicamentos.

El equipo de trabajo responsable del Sistema de Información de Medicamentos en el SCSA quedó conformado por un acuerdo verbal entre la Maestrante, el Auxiliar de Farmacia, la profesional Química Farmacéutica y la Directora del Subcentro.

El Auxiliar de Farmacia participó activamente en la elaboración de bases de datos y proporcionando información. De igual manera, la profesional Química Farmacéutica proporcionó la información solicitada, y se mostró dispuesta a colaborar.

La Directora de la Unidad Operativa fue accesible en cuanto a autorizar la utilización de la información y se mostró interesada en que pueda organizarse la gestión local de medicamentos desde el SCSA y que se convierta en un modelo a seguir para el resto de Unidades Operativas adscritas al Área de Salud.

9. Establecer un listado de medicamentos de acuerdo a partida presupuestaria de adquisición.

El formato del SUGMI introducido desde el mes de Septiembre del 2010 en el SCSA lo propone. Consiste en un formato importado, con varios ítems de medicamentos que no están disponibles en el primer nivel de atención. El formato presenta 2 listados diferentes; el primero, con un título general – INFORME MENSUAL DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO – en el cual se despliega una lista con 327 ítems entre los que constan anestésicos generales, surfactante pulmonar, eritropoyetina antipsicóticos entre otros, incluye presentaciones en polvo para suspensión y jarabes infantiles. El segundo listado titulado – LISTA DE MEDICAMENTOS ADICIONALES DE LA FARMACIA DE LA UNIDAD (NO CONSOLIDAN) – contiene 31 ítems de medicamentos. En este listado se encuentran los medicamentos anticonceptivos y, no se incluyen medicamentos para uso infantil. Por tanto, en el SUGMI no queda claro cuáles son los medicamentos que pertenecen a Maternidad Gratuita o a Medicación Gratuita, que son las dos partidas presupuestarias con las cuales actualmente se adquiere medicamentos.

En Amagüaña desde septiembre hasta diciembre del año 2010, no se registró un consumo diferenciado real por partida presupuestaria de adquisición. Se registró indistintamente en uno u otro listado el consumo de medicamentos, tal como plantea el instrumento del SUGMI. Desde enero del 2011 los medicamentos disponibles en Bodega del Área vienen diferenciados por partida presupuestaria de adquisición: Medicamentos para Maternidad Gratuita y Medicamentos de Medicina Gratuita; sin embargo, este listado diferenciado, y la necesidad del reporte de medicamentos diferenciado por partida presupuestaria, no han sido socializados desde el Área de Salud.

Desde la existencia de esta diferenciación, el Subcentro de Salud Amaguaña para poder reportar el consumo real de Medicamentos por partida, planteó una nueva instrucción operativa:

- 9.1. Realizar un listado diferenciado similar al del SUGMI, pero con los ítems de medicamentos de cada partida presupuestaria, y allí registrar los consumos.

En la práctica esto no ha sido posible, ya que desde el Área de Salud ha sido dispuesto que se siga manejando el mismo registro para consolidación de información de medicamentos – con los 2 listados que contiene el SUGMI- sin modificación alguna por partida presupuestaria de adquisición. Y es así que en el mes de Enero del 2011 se reportaron los consumos de medicamentos indistintamente en uno u otro listado.

10. Definir un recetario de prescripción de medicamentos diferenciado por partida presupuestaria (maternidad gratuita y medicamentos gratuitos).

Desde la diferenciación de los medicamentos dentro de dos partidas presupuestarias de adquisición en Enero del 2011, en el SCSA se planteó la necesidad del registro diferenciado de consumo. Para esto, se realizó un acuerdo verbal entre los prescriptores del Subcentro de Salud, y el Auxiliar de Farmacia.

Se plantea que los consumos sigan reportándose en las recetas convencionales y difundir el listado de medicamentos disponibles a los prescriptores diferenciado por partida. Estos últimos acuerdan anotar en un extremo de la receta, si el medicamento corresponde a la partida de Maternidad Gratuita.

El listado de medicamentos distribuido desde farmacia del SCSA en el mes de febrero del 2011, es una réplica de los medicamentos disponibles de los dos listados del SUGMI (mencionados anteriormente), y asumidos como de Maternidad Gratuita 54 ítems de medicamentos entre los cuales constan aquellos para tratar enfermedades crónicas (Antihipertensivos, hipoglicemiantes, medicamentos para dislipidemia, entre otros), y no constan medicamentos para regulación de fecundidad (anticonceptivos). El otro listado, el de Medicina Gratuita contiene 16 ítems. Seis de ellos son medicamentos anticonceptivos.

11. Análisis de la Información

Se realizó una comparación de los niveles de abastecimiento de medicamentos propuestos por la tesis en comparación de los niveles de abastecimiento propuestos por el SUGMI, del año 2009 y 2010, con lo cual se pudo evidenciar rupturas de stock, y determinar posibles causas y alternativas de remediación.

La necesidad de un registro diferenciado por partida presupuestaria de adquisición fue planteada por la Maestrante en una reunión con el Director del Área de Salud en el mes de Enero del 2011. Se plantearon las deficiencias encontradas con el actual sistema de registro de información de medicamentos. La autoridad, mencionó haberse percatado de estas deficiencias y subrayó la importancia de modificar esta situación. Se acuerda una nueva reunión para cuando se tuviera listo el instrumento para evaluarlo, y de ser el caso socializarlo y ponerlo en práctica.

Hasta la fecha (febrero del 2010), tal reunión no se ha concretado. El instrumento aún está elaborándose con el apoyo del responsable de farmacia.

El registro mensual de consumo de medicamentos se sigue realizando en el mismo formato del SUGMI.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA

INSTRUCCIONES OPERATIVAS:

- 1. Actualizar diariamente el ingreso de información en los instrumentos informáticos disponibles, diseñados localmente antes de que existieran otras formas de registro (2009).**

El no disponer de un registro de consumo de medicamentos actualizado permanentemente, no permite realizar revisiones de inventario, o registrar oportunamente rupturas de stock; no es posible activar el signo de alarma al producirse desabastecimientos. La actualización de las herramientas del sistema de información de medicamentos propuesta por la tesis, al finalizar el mes acorta el tiempo que habría para realizar reabastecimientos, lo cual incrementaría el lapso de dotación.

La captación del dato para registro de consumos (recetas prescritas) es almacenado hasta su digitación a fin de mes. Es probable que algunos consumos se traslapen y hasta se extravíen, ya que en ocasiones, no coinciden los registros físicos con los electrónicos.

- 2. Establecer un sistema de alerta cuando determinado medicamento llegue al nivel mínimo de abastecimiento. Colocando líneas de alerta en las estanterías de medicamentos, y en el computador, programando un signo de aviso cuando el saldo del medicamento llegue al stock mínimo.**

Se ha evidenciado que el signo de alarma como instrumento planteado por la propuesta de la tesis funciona siempre y cuando se actualice oportunamente.

- 3. Compatibilizar el registro de consumo propuesto por la Dirección Provincial de Salud de Pichincha (SUGMI) con las necesidades reales y con el registro diseñado para la presente tesis. Detección de niveles mínimos, máximos, fecha de caducidad y lapsos de abastecimiento (adquisición, fecha, Ingreso) o solicitud y despacho en el Subcentro de Salud.**

Es necesario mencionar que las definiciones que contiene el SUGMI para el cálculo de niveles mínimos y máximos de abastecimiento, no consideran lapsos de abastecimiento. Así, para el cálculo de stock mínimo, se divide el consumo promedio mensual de medicamentos para dos; es decir, únicamente habría 15 días para reponer los medicamentos desabastecidos y realizar el proceso de selección, adquisición, almacenamiento y distribución en el peor de los casos, o incluso, si solamente se debería distribuir desde la bodega, esto se debería hacer en este lapso de 15 días. Por tal razón, se realizó una comparación de las dos propuestas de niveles de abastecimiento: la del SUGMI y la de la presente propuesta para ésta Tesis - que considera lapsos de abastecimiento de 3 y 6 meses para nivel mínimo y máximo de abastecimiento respectivamente - para evaluar comparativamente desabastecimientos del año 2009 y 2010.

La determinación de lapsos de abastecimiento es fundamental para prever tiempos de reposición. Ello permite realizar también, en caso necesario, recanalizaciones de medicamentos desde otras Unidades Operativas.

El formato del SUGMI no considera lapsos de abastecimiento suficientes para poder cubrir desabastecimientos.

Frecuentemente, al recibir la medicación solicitada por el SCSA desde la Bodega de la Jefatura de Área, en varios ítems de medicamentos, se reciben cantidades menores a las solicitadas. La explicación obtenida desde la jefatura de Área: desabastecimientos en bodega.

No queda claro si este comportamiento en el despacho de las solicitudes está sujeto a la aprobación previa de la profesional Química Farmacéutica, quien aparentemente utilizaría los niveles de abastecimiento definidos por el SUGMI para esto o, si es por desabastecimiento de la bodega; de cualquier forma, no existe retroalimentación de la información.

Tal es así, que los parámetros que la Química Farmacéutica ha implementado en el SUGMI no han sido socializados con las Unidades Operativas.

4. Supervisión con capacitación a los bodegueros para compatibilizar el registro informático con el manual

Con este mecanismo, el auxiliar de farmacia comprendió la importancia de realizar una adecuada captura del registro de consumos y participó del análisis local de la información; sin embargo, en la práctica diaria, la persona encargada no ha logrado aún organizar sus otras actividades para asegurar la calidad del registro del consumo de medicamentos permanentemente y compatibilizar adecuadamente el registro físico con el electrónico.

5. Reglamentar un plazo de entrega de los informes mensuales de medicamentos (primeros 5 días del mes).

El registro de los consumos de medicamentos de manera diaria no se realiza, y aunque el resultado final: entrega del reporte de consumo mensual a la Jefatura de Área en el plazo establecido se realiza; más allá de eso, no se da la debida importancia al registro, ni se evalúa la funcionalidad del sistema: por ello, no es posible detectar oportunamente rupturas de stock. Si hubiera desabastecimientos a mitad de mes, es difícil que alguien se percate. Es por esto, que se refuerza la importancia de tener lapsos de abastecimiento.

6. Responsabilizar a la química farmacéutica de consolidar la información registrada en las unidades operativas.

Estos consolidados actualmente son informes para el Área de Salud y sirven para justificar consumos: egresos de medicamentos; cuando en realidad, deberían convertirse en información que se utilice en la toma de decisiones, y estar sujeta a un análisis local que finalmente sea socializado con todos los responsables del sistema de información de medicamentos: prescriptores, comité de farmacia, encargados de farmacia, con el objeto de enmendar oportunamente errores, o aprender de experiencias generadas en otras unidades operativas.

7. Crear un esquema de necesidades reales de medicamentos

Los pedidos de medicamentos en varios ítems generalmente llegan incompletos con cantidades menores a las solicitadas.

Sería lógico pensar, en base de lo dicho, que la Química Farmacéutica no va a aprobar las cantidades solicitadas por el SCSA que basa sus pedidos en la propuesta de la tesis, ya que el SUGMI detecta cantidades menores. La actividad desempeñada por la profesional Química Farmacéutica resulta desconocida para el equipo de salud del SCSA y del resto de Unidades Operativas del Área. Ésta fue conocida por la Maestrante al analizar los registros del Área en el formato del SUGMI proporcionados por ella, quien en una entrevista manifestó que se encuentra organizando el sistema de información e medicamentos del Área de Salud. Aparte de la falta de socialización del manejo de éste sistema de pre aprobación, existen problemas intrínsecos del sistema mismo que ameritan una evaluación y posible modificación (error al calcular los lapsos de abastecimiento del SUGMI, falta de comunicación de la no correspondencia de solicitudes y despachos, entre otros).

Desde el punto de vista del SCSA, este comportamiento de despacho se fundamenta más que en el mencionado visto bueno, a la disponibilidad del medicamento en Bodega del Área.

8. Conformar en el SCSA un equipo de trabajo responsable del sistema de información de medicamentos.

El equipo de trabajo debería haber encontrado un mecanismo de funcionamiento que vaya más allá del interés puntual de la maestrante, puesto que la sostenibilidad del mismo depende al momento de finalizar la investigación para la tesis, del trabajo colaborativo y del interés en continuar: difundir los resultados obtenidos, fundamentar la propuesta, e incluso llegar a participar de la toma de decisiones en la Jefatura de Área.

9. Establecer un listado de medicamentos de acuerdo a partida presupuestaria de adquisición.

El disponer de dos partidas presupuestarias de adquisición dificulta el registro de consumos, mismo que debería ser realizado de manera diferenciada para poder justificar los consumos por partida presupuestaria, y planificar las adquisiciones. Especialmente, si se toma en cuenta que no existen registros anteriores que permitan calcular el consumo por grupos de edades.

Esto se convierte en una dificultad, pero también en un reto: Hay que superar la falta de comunicación y de trabajo en equipo desde el Área de Salud en la formulación y mantenimiento de una propuesta común.

La profesional Química Farmacéutica por su parte, toma iniciativas que le parecen pertinentes pero no son socializadas; finalmente, el Comité de Farmacia no tiene insumos que le permitan realizar la selección y determinación de cantidades de medicamentos de una manera técnica. Ante este nuevo reto, la remediación inmediata sería reunirse y conocer el objeto de registrar el consumo diferenciado tanto para el manejo técnico de los niveles de abastecimiento, como para la justificación de las partidas presupuestarias. Esto incluso permitiría la negociación para incremento de mayor presupuesto si fuere el caso una vez demostrado el comportamiento de consumos, y no solo cumplir con un registro a fin de mes, que permita cuadrar consumos con facturas de medicamentos.

Esto en realidad cuestiona la pertinencia de que exista el doble listado de medicamentos, ya que el Área de Salud tiene solucionado este problema justificando los egresos de bodega en base a facturas de ingreso de medicamentos. Con ello se asumiría que lo que se compró fue lo justo y necesario y está justificado. Para compras posteriores ¿cuál va a ser el fundamento?. Según esta conducta, el presupuesto histórico.

Finalmente, cuando al parecer existe la coyuntura para organizar una gestión de medicamentos desde la base del registro de consumos desde la responsabilidad de las unidades operativas, estas últimas – encargadas del registro - no conocen el funcionamiento de los instrumentos ni el objeto del nuevo registro, ya que no se realizaron modificaciones ni validaciones previas de los instrumentos para el contexto local y fueron importados tal cual, lo que genera desconciertos y dudas generalmente resueltos registrando los consumos sin un criterio claro. El resultado: capturas de datos irreales que generan información equivocada.

Todo lo dicho lleva a la necesidad de ir construyendo una propuesta para mejorar la gestión de medicamentos, proceso que tiene implicaciones participativas, tanto de adaptación como de actitud favorable al cambio. Estamos frente a tal desafío.

10. Definir un recetario de prescripción de medicamentos diferenciado por partida presupuestaria (maternidad gratuita y medicamentos gratuitos).

Lo ideal sería disponer de un solo registro que concentre los consumos de medicamentos que finalmente son gratuitos para todos los grupos de edades, tal como lo plantea la política de medicamentos y la Constitución; sin embargo, a pesar de que los medicamentos de ambas partidas son gratuitos para los pacientes, al momento sigue existiendo la necesidad - vista desde lo local - de diferenciar estas dos partidas, y para esto, lo mejor sería disponer de un registro similar al formato del SUGMI, que se subdivida en dos listados bien diferenciados: Maternidad Gratuita y Medicina Gratuita, con medicamentos que realmente correspondan a la partida de adquisición.

La captura del dato debería estar asegurada mediante un formato de receta estandarizado y validado por el Área de Salud, y reglamentar internamente que no se acepten formatos de recetas cambiados por las Unidades Operativas sin previa validación. La medida tomada *sobre la marcha* de registrar en las recetas la partida presupuestaria de adquisición, no es cumplida por todos los prescriptores y en farmacia se receptan todas las recetas sin verificar la constancia del dato.

11. Análisis de la Información

El análisis local de información pudo ser llevado a cabo realizando una comparación entre dos formas de calcular abastecimientos, y quedó demostrada la importancia de calcular lapsos de abastecimiento objetivamente para asegurar la disponibilidad de los medicamentos oportunamente.

Lo más importante fue comprender el objeto del manejo de un Sistema de información de medicamentos de manera técnica, que va más allá de la responsabilidad o el trámite burocrático de cumplir con la entrega de informes.

EVALUACIÓN ANALÍTICA

Perfil de la demanda

Durante el año 2009 se registraron 12 295 atenciones. De estas, 6216 fueron atenciones preventivas - control prenatal, control postparto, detección oportuna de cáncer mamario y Cérvico-uterino, planificación familiar, control de niños de 0 a 10 años, y adolescentes hasta 19 años – y 8400 atenciones fueron de morbilidad Durante el año 2010, se registraron 1602 consultas más que en el 2009.

Cabe indicar que desde el mes de octubre se comenzaron a registrar en el sistema común de información, actividades preventivas en todos los grupos de edades en un nuevo formato de registro. Se registraron 13 897 atenciones.

De estas, 6923 fueron atenciones preventivas y 9758 atenciones de morbilidad.

Perfil de Enfermedades Agudas y Crónicas

TABLA 1. PERFIL DE ENFERMEDADES AGUDAS Y CRÓNICAS

PERFIL DE MORBILIDAD	2009 (N° de atenciones)	2010 (N° de atenciones)
ENFERMEDADES AGUDAS	1880	2724
ENFERMEDADES CRÓNICAS: HTA/DIABETES/OBESIDAD/TUBERCULOSIS	129	215
ANEMIA	165	209
DESNUTRICIÓN	294	271
GASTRITIS Y DUODENITIS	28	100

Elaborado por: Fernanda Campaña
Fuente: Estadística SCSA 2009 – 2010

Al realizar una comparación entre el año 2009 y 2010, se observa que el número de atenciones se incrementaron tanto para enfermedades agudas como para enfermedades crónicas. Se registraron 8400 atenciones de morbilidad en el 2009, y este valor se incrementó a 9758 atenciones para el 2010.

Este comportamiento podría ser debido a la declaratoria de gratuidad, y al incremento en la demanda de personas adultas, en especial adultas mayores en quienes se presentan con más frecuencia enfermedades crónicas como Hipertensión y Enfermedad Ácido Péptica.

TABLA 2. ATENCIONES POR GRUPO DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	2009 (N° de atenciones)	2010 (N° de atenciones)
20 AÑOS EN ADELANTE	3128	3753
MAYORES DE 65 AÑOS	114	362

Elaborado por: Fernanda Campaña
Fuente: Estadística SCSA 2009 - 2010

TABLA 3. Atenciones a Grupos correspondientes a la LMGYAI

TIPO DE ATENCIÓN		2009 (N° de atenciones)	2010 (N° de atenciones)
PREVENTIVA A MENORES DE 5 AÑOS	MENORES DE 1 AÑO PRIMERA CONSULTA	262	283
	MENORES DE 1 AÑO CONSULTA SUBSECUENTE	781	1069
	1 A 4 AÑOS PRIMERA CONSULTA	307	238
	1 A 4 AÑOS CONSULTA SUBSECUENTE	611	990
MORBILIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS	0 A 4 AÑOS	2935	3468
PREVENTIVA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL (MEF)	CONTROL PRENATAL PRIMERA CONSULTA	190	169
	CONTROL PRENATAL CONSULTA SUBSECUENTE	493	569
	CONTROL POSTPARTO	306	226
	PLANIFICACIÓN FAMILIAR PRIMERA CONSULTA	298	352
	PLANIFICACIÓN FAMILIAR CONSULTA SUBSECUENTE	1179	1293
	CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL	491	381

Elaborado por: Fernanda Campaña
Fuente: Estadística SCSA 2009 - 2010

El cuadro anterior permite observar que hubo un incremento en el total de atenciones de actividades preventivas y curativas en los grupos que corresponden a Maternidad Gratuita en el año 2010.

Relación del listado de ítems disponibles en Amagüaña con el cuadro básico de medicamentos del Ministerio de Salud Pública (MSP)

Todos los medicamentos disponibles actualmente en farmacia del SCSA (79 ítems) excepto dos, forman parte del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB) en su última revisión (Séptima) realizada en el año 2009.

Del total de ítems, el implante anticonceptivo subdérmico cuyo principio activo es Levonorgestrel, no consta dentro del CNMB. Las adquisiciones de éste medicamento han sido amparadas en la Ley de Maternidad Gratuita, en la cual se plantea la disponibilidad de ésta presentación de medicamento para atenciones de Planificación familiar. En el SCSA estuvo disponible por un espacio menor a un mes. La demanda superó la disponibilidad de éste medicamento, y no se realizaron más adquisiciones del mismo durante el año 2010.

Tampoco consta dentro del CNMB el jarabe de Amoxicilina/Sulbactam, mismo que estuvo disponible en el SCSA en el año 2010. En el mes de agosto fue despachado por bodega en lugar de Amoxicilina y recibido en farmacia. Al percatarse los prescriptores de ésta situación, fue devuelto a Bodega del Área de Salud. Tal ingreso y posterior egreso, no consta dentro del kárdex de registro electrónico.

Se observa que la presentación en jarabe de Amoxicilina + Ácido Clavulánico, no corresponde al primer nivel de atención. En el 2009, 70 unidades de presentación en jarabe estuvieron disponibles para su consumo en el SCSA. Se observa que al desabastecerse el Antibiótico Amoxicilina desde el mes de marzo hasta el de agosto, el patrón de consumo de Amoxicilina + Ácido Clavulánico se incrementó desde 4 unidades por mes hasta 18 unidades por mes

Relación listado – perfil

Al relacionar el Cuadro Básico de Medicamentos con las causas más frecuentes de Morbilidad del SCSA, se observa que los grupos de medicamentos disponibles guardan correlación con las patologías. Tenemos así que para cada una de las causas de morbilidad hay un grupo de medicamentos disponibles, y, a su vez, cada grupo de medicamentos incluye varias opciones de ítems.

TABLA 4: RELACIÓN DE OPCIONES DE TRATAMIENTO CON EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

PATOLOGÍA	GRUPO	ÍTEMS	OPCIONES DE TRATAMIENTO.	PRESENTACIONES
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	ANTIBIÓTICOS	27	9	TABLETAS/JARABES/AMPOLLAS
	ANALGÉSICOS	16	12	TABLETAS/JARABES/AMPOLLAS
PARASITOSIS INTESTINAL	ANTIPARASITARIOS	14	13	TABLETAS
OTROS	ANTIHIPERTENSIVOS, ANTIALÉRGICOS, ANTIÁCIDOS, HIPOGLICEMIANTES, ETC.	15	15	TABLETAS/JARABES
VAGINITIS	ANTIMICÓTICOS	6	4	TABLETAS VAGINALES/TABLETAS
	ANTIPARASITARIOS	14	4	TABLETAS/ÓVULOS
DESNUTRICION	MULTIVITAMINAS Y MINERALES	9	6	TABLETAS/JARABE/AMPOLLAS
CISTITIS (IVU)	ANTIBIÓTICOS	27	12	TABLETAS/JARABES
ANEMIA	HIERRO	2	2	TABLETAS/GOTAS
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA SIN DESHIDRATACION	SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL	1	1	POLVO
	ANTIBIÓTICOS	27	6	JARABES/TABLETAS
	ANTIPARASITARIOS	14	5	TABLETAS
CERVICITIS	ANTIINFLAMATORIOS	3	1	TABLETAS
	ANTIBIÓTICOS	2	2	TABLETAS
CARIES DENTAL				

Elaborado por: Fernanda Campaña
Fuente: Estadística SCSA 2009 - 2010

Básicamente desde la declaratoria de gratuidad, el perfil de morbilidad no se ha modificado en sus 10 primeras causas. Debido al registro simplificado de patologías en 2010, muchas se encasillan en el parámetro otras: cuarto lugar de morbilidad.

En el 2010 pese a no encontrarse entre las primeras 10 causas de morbilidad, si entran dentro de las 20 primeras causas, morbilidades como Hipertensión Arterial y Obesidad, cuyo registro anterior en 2009 no permitía alcanzar estos lugares. Esto, probablemente debido a la gratuidad de los servicios, y al mayor énfasis en el registro por las capacitaciones recibidas. Y también probablemente a la agregación del parámetro otras, que estaría agrupando a patologías que antes registraban una sumatoria final que opacaba en el perfil a morbilidades como las ahora presentadas.

Presupuestos y necesidades

Para el año 2009, el presupuesto asignado al Área para adquisición de medicamentos fue de 221328.70 (Doscientos veinte y un mil trescientos veinte y ocho dólares con setenta centavos)⁶, divididos de la siguiente manera:

Para la Partida de Maternidad Gratuita: 146 603.33 USD

Para la Partida de Medicina Gratuita: 74 725.45 USD

El presupuesto asignado en el año 2010 para Medicamentos fue de 153 392.12 (ciento cincuenta y tres mil trescientos noventa y dos dólares con doce centavos), divididos de la siguiente manera:

Para la Partida de Maternidad Gratuita: 108 432.13 USD

Para la Partida de Medicina Gratuita: 44 959.99 USD

Se observa que desde el año 2010, el presupuesto para adquisición de medicamentos, especialmente en la partida de Medicina Gratuita, no guarda correlación con el incremento de la demanda, ni con la aplicación gradual de gratuidad de los servicios. En el 2009 el presupuesto de Medicina Gratuita fue mayor.

Al realizar un análisis de costos en el SCSA para el año 2010 en (50 ítems de 79), se observa que en medicamentos consumidos, se manejó un presupuesto de 9315,978 dólares. Del total: 6212,268 dólares corresponden al presupuesto de Maternidad Gratuita, y 3167,57 dólares a la Partida de Medicina Gratuita.

El total consumido por el SCSA corresponde a 6% del presupuesto anual de la partida de medicamentos del Área 24.

⁶ Información proporcionada por la Lcda. Carmenza Aulestia Jefa del Departamento Financiero del Área de Salud N° 24. Conocoto.

Es necesario resaltar que desde enero a agosto del 2010, los medicamentos disponibles en el SCSA eran entregados indistintamente a uno u otro grupo de edad, sin considerar la partida presupuestaria de adquisición de donde venían los medicamentos. Es por esto, que en muchas ocasiones se despachó medicamentos de Maternidad Gratuita a otros grupos de edades. El mencionado comportamiento de reposiciones temporales entre partidas presupuestarias, finalmente generó el desabastecimiento de una u otra sin garantizar la gratuidad para ninguna de las dos partidas.

El menor presupuesto asignado para medicamentos de Maternidad Gratuita, bien podría estar condicionado por la falta de justificación de la medicación consumida, ya que en el Área de Salud no existe un sistema de registro diferenciado que permita determinar los consumos reales de medicamentos de ésta partida, con lo cual los medicamentos son justificados únicamente por consumos del producto, sin determinar si el despacho fue realizado a las pacientes pertenecientes a este programa. A su vez, esto también significa que el registro diferenciado del consumo es una necesidad a nivel local, pero que para el nivel central el problema se soluciona registrando los valores constantes en las facturas, con lo cual regresamos al círculo vicioso de presupuestos históricos y ausencia de registro de consumo real.

Tendencias de consumo de medicamentos (Análisis p de regresión lineal)

Mediante el análisis de regresión lineal, se pudo establecer el comportamiento del consumo de medicamentos en función del tiempo (meses estudiados) para el año 2009 y 2010

En el año 2009 de 77 ítems evaluados, 29 tienen un valor de p significativo⁷; es decir, que el medicamento se mantiene estable en el tiempo, es abastecido oportunamente y tiene un patrón de consumo regular. De los 29 ítems, 18 de ellos tienen un valor real, ya que en el resto la significación no es confiable por tener menos de 7 datos para comparar. Estos medicamentos se encuentran en la tabla 5.

⁷ El valor de p indica una asociación estadísticamente significativa si es menor a 0,05

TABLA 5.TENDENCIA DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN EL SCSA AÑO 2009

MEDICAMENTO	ESTABILIDAD	INTERPRETACIÓN
ACRONISTINA	X	CONSUMO MÍNIMO
AMOXICILINA 250/5	X	SALDO ESTABLE. INGRESO PERMANENTE
BENZOATO DE BENCILO	X	CONSUMO MÍNIMO
COMPLEJO B JARABE	X	SALDO ESTABLE. INGRESO PERMANENTE
DICLOFENACO 75 MG AMPOLLAS	X	SALDO ESTABLE. INGRESO PERMANENTE
MULTIVITAMINAS JARABE	X	SALDO ESTABLE. INGRESO PERMANENTE
ERITROMICINA 500 MG	X	CONSUMO MÍNIMO
HIERRO TABLETAS	X	SALDO ESTABLE. INGRESO PERMANENTE
METRONIDAZOL/NISTATINA ÓVULOS	X	CONSUMO MÍNIMO
METRONIDAZOL 125/5	X	SALDO ESTABLE. INGRESO PERMANENTE
PARACETAMOL 500 MG	X	SALDO ESTABLE. INGRESO PERMANENTE
P BENZATÍNICA 1 '200000	X	SALDO ESTABLE. INGRESO PERMANENTE
SALBUTAMOL	X	CONSUMO MÍNIMO
PRAMIVERINA AMPOLLA	X	CONSUMO MÍNIMO
SUERO ORAL	X	SALDO ESTABLE. INGRESO PERMANENTE
SULFATO FERROSO	X	SALDO ESTABLE. INGRESO PERMANENTE
TRIMETOPRIM SMX 80/400	X	SALDO ESTABLE. INGRESO PERMANENTE
YAZMIN	X	SALDO ESTABLE. INGRESO PERMANENTE

Elaborado por: Fernanda Campaña
Fuente: Estadística SCSA 2009 - 2010

En el año 2010 de 79 ítems evaluados, 30 tienen un valor de p significativo; es decir, que el medicamento se mantiene estable en el tiempo, es abastecido oportunamente y tiene un patrón de consumo regular. De estos 30 ítems, 23 de ellos tienen un valor real, ya que en el resto se observó menos de 7 datos de consumos, y su significación no es confiable. Estos medicamentos son:

TABLA 6: TENDENCIA DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN EL SCSA AÑO 2010

MEDICAMENTO	ESTABILIDAD	INTERPRETACIÓN
ALBENDAZOL 400 MG	X	CONSUMO MÍNIMO
AMOXICILINA + IBL	X	CONSUMO MÍNIMO
BENZOATO DE BENCILO	X	CONSUMO MÍNIMO
CEFALEXINA 500 MG	X	SALDO ESTABLE, INGRESO PERMANENTE
CLOTRIMAZOL TABLETAS VAGINALES	X	SALDO ESTABLE INGRESO PERMANENTE
COMPLEJO B JARABE	X	SALDO ESTABLE. INGRESO PERMANENTE
COMPLEJO B AMPOLLAS	X	SALDO ESTABLE INGRESO PERMANENTE
DICLOFENACO SÓDICO 50 MG TABLETAS	X	SALDO ESTABLE INGRESO PERMANENTE
DICLOFENACO SÓDICO 75 MG AMPOLLAS	X	SALDO ESTABLE INGRESO PERMANENTE
DICLOXACILINA 500 MG	X	SALDO ESTABLE INGRESO PERMANENTE
EXLUTON	X	CONSUMO MÍNIMO
FLUCONAZOL 150 MG	X	CONSUMO MÍNIMO
IBUPROFENO 400 MG	X	SALDO ESTABLE INGRESO PERMANENTE
MESIGYNA	X	SALDO ESTABLE INGRESO PERMANENTE
METRONIDAZOL 125/5	X	SALDO ESTABLE INGRESO PERMANENTE
METRONIDAZOL 500 MG	X	CONSUMO MÍNIMO
MICROGYNON	X	SALDO ESTABLE INGRESO PERMANENTE
PARACETAMOL 500 MG	X	SALDO ESTABLE INGRESO PERMANENTE
PRAMIVERINA	X	CONSUMO MÍNIMO
SALBUTAMOL	X	SALDO ESTABLE INGRESO PERMANENTE
SULFATO FERROSO	X	SALDO ESTABLE INGRESO PERMANENTE
TETRACICLINA	X	CONSUMO MÍNIMO
YAZMÍN	X	SALDO ESTABLE INGRESO PERMANENTE

Elaborado por: Fernanda Campaña
Fuente: Estadística SCSA 2009 - 2010

Comparación de Rupturas de Stock: Registro Propuesto por la Tesis vs SUGMI

a. Desabastecimiento: Bajo el Nivel Mínimo (Stock Mínimo)

Año 2009

- De los 77 ítems de medicamentos, 11 son detectados por la propuesta de la Tesis mientras el SUGMI no los detecta.
- 8 ítems de medicamentos tienen un abastecimiento correcto y esto es captado tanto por el SUGMI como por la propuesta de la tesis.
- El resto de ítems registran rupturas de stock bajo el nivel mínimo y son captados por los 2 sistemas de registro. La variación entre los 2, es la cantidad de meses en los que se detecta el desabastecimiento. El número de meses en que se detectó desabastecimientos por la propuesta de tesis son mayores a los detectados por el SUGMI.

Año 2010

- De los 79 ítems evaluados, en 16 la propuesta de la tesis detecta desabastecimientos mientras el SUGMI no.
- 57 ítems son detectados por ambos registros, y de igual manera que en el 2009, el promedio de meses en los que se detecta desabastecimiento es mayor para la propuesta de la tesis.
- En 2 ítems los desabastecimientos son captados por los dos sistemas de registro por el mismo número de meses.

b. Desabastecimiento: Nivel Cero

Año 2009

- El registro del SUGMI logra captar en 3 ítems desabastecimiento en nivel cero por mayor cantidad de meses que la propuesta de la TESIS. No hay diferencias en la

detección de desabastecimiento en el resto de medicamentos entre los 2 registros:
51 ítems.

Año 2010

- Ambos registros detectan desabastecimiento en 36 ítems de manera similar, mientras que hay diferencia de mayor número de meses detectados por el registro del SUGMI para 4 ítems de medicamentos.

c. Sobreabastecimiento:

Año 2009

- El registro del SUGMI detecta 75 ítems sobreabastecidos, de éstos según la propuesta de la TESIS, 31 ítems no lo están.
- En 45 ítems la propuesta de la tesis muestra un sobreabastecimiento con promedio de 4 meses, mientras que la propuesta del SUGMI presenta un promedio de sobreabastecimiento de 7 meses.

Año 2010

- El registro del SUGMI capta 40 ítems sobreabastecidos que no detecta la propuesta de la TESIS. De igual manera, 33 ítems están sobreabastecidos y son registrados por ambos sistemas, sin embargo el promedio de meses de sobreabastecimiento es mayor para el SUGMI.
- Esta diferencia está dada por las diferencias que existen entre las dos propuestas y que están generadas por los niveles de abastecimiento calculados, que son diferentes para el tema de la tesis y el SUGMI

DISCUSIÓN

HIPÓTESIS DE CAMBIO

La hipótesis de cambio planteada inicialmente, dada su característica dinámica y debido a los eventos ocurridos durante el transcurso del 2010 descritos con anterioridad, se reformuló.

A continuación, se muestra el nivel de cumplimiento de cada parte contenida dentro de la hipótesis.

TABLA 7: NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LA HIPÓTESIS

HIPÓTESIS	CUMPLIMIENTO	POTENCIALIDADES Y LIMITACIONES
Innovaciones en el actual instrumento del Sistema de Información de medicamentos.	Se logró el funcionamiento de un Sistema de Información en Amagüa un año antes de la introducción del SUGMI en el Área 24 y desde su funcionamiento, el mejoramiento de algunas características como el análisis de niveles de abastecimiento, solicitudes de medicamentos basadas en niveles técnicos, diferenciación de dos fuentes presupuestarias de adquisición.	<p><u>Potencialidades</u></p> <p>La facilidad del responsable de farmacia para el manejo de recursos electrónicos de computación y su accesibilidad para realizar las innovaciones.</p> <p>El sistema de salud y el de gestión de medicamentos es un sistema social, en el cual las relaciones que se establecen entre sus componentes más allá del resultado esperado para esta tesis, interactúan y tienen la potencialidad de desarrollar estas interacciones.</p> <p><u>Limitaciones</u></p> <p>Este sistema social tiene una capacidad limitada de autoregularse, por varios determinantes ajenos a la gestión de medicamentos que difícilmente pueden ser controlados localmente (deficiencias estructurales del Modelo Estatal)..</p>
Análisis local de información y retroalimentación de la información generada desde abajo hacia arriba del sistema con el fin de tomar decisiones de adquisición y selección de medicamentos acertadas y evitar desabastecimientos.	<p>Posterior al diseño del instrumento pudieron establecerse comparaciones entre el registro propuesto por la tesis y el del SUGMI, y determinar posibles causas de los desabastecimientos.</p> <p>No se logró establecer un medio de comunicación entre la unidad Operativa y el Área de Salud.</p> <p>Los instrumentos para esto fueron creados, sin embargo no se logró actualizarlos.</p>	<p><u>Potencialidades</u></p> <p>La necesidad de un dato fidedigno: información real que permita a los tomadores de decisiones del Área tener un sustento técnico y legal, para justificar los presupuestos adquiridos.</p> <p><u>Limitaciones</u></p> <p>La herramienta disponible requiere de actualización permanente (ingreso de consumos en un plazo no mayor a 5 días en el peor de los casos). La responsabilidad de realizar esta actividad, no está correctamente establecida y no se percibe su justa importancia por el momento.</p>

Fuente: Investigación de Tesis
Elaborado por: Ma. Fernanda Campaña

ABASTECIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS EN RELACIÓN AL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Los medicamentos esenciales que forman parte de los listados de medicamentos esenciales, deben estar disponibles en todo momento en cantidades adecuadas, con calidad asegurada, y a costos que los individuos y la comunidad puedan asumir. Cada dos años la OMS revisa su listado de medicamentos esenciales. Estos listados sirven como guía a los diferentes países. (DCP2, 2008)

Como primer paso para basar la selección de medicamentos, está la identificación de enfermedades comunes y sus complicaciones; para esto, los responsables de los programas de control de enfermedades pueden proveer información epidemiológica sobre la incidencia o prevalencia de una condición.

(DCP2, 2008)

Los medicamentos seleccionados para abastecer a las Unidades de Salud, deben guardar concordancia con las enfermedades prevalentes, por tanto, dentro de los criterios de selección de medicamentos es prioritario establecer el perfil epidemiológico

El disponer de un Cuadro Básico de Medicamentos en el Subcentro de Salud Amaguaña – con medicamentos esenciales correspondientes al primer nivel de atención – que se ajusta adecuadamente al CNMB en su última revisión, favorece a racionalizar la conducta de los prescriptores de acuerdo a las patologías más frecuentemente observadas en el primer nivel de atención.

Un Cuadro Básico de Medicamentos adecuado permite realizar ajustes en las prescripciones si llegaran a producirse desabastecimientos. Sin embargo, si bien éste comportamiento evita el gasto de bolsillo del paciente, podría tornarse desfavorecedor si el prescriptor no racionaliza su prescripción ajustándose a criterios de eficacia, seguridad y conveniencia en la utilización del medicamento de acuerdo a la patología.

Podría decirse que pese a que existan desabastecimientos, el disponer de un listado de medicamentos adecuado, los suple temporalmente.

ACCESO A MEDICAMENTOS: FINANCIAMIENTO

Las reformas en el sector salud se han vinculado a los procesos de ajuste macroeconómico, reducción del tamaño y rol del Estado y desregulación de los mercados ocurridos en los países de la Región en los 90's y en consecuencia se ha centrado en cambios financieros, estructurales e institucionales.⁸

En el Ecuador, se puede distinguir tres momentos políticos que han determinado el acceso de la población a medicamentos, y cuya transición a llevado a que el costo de los medicamentos sea en ocasiones asumido por los pacientes hasta la asunción del Estado de la responsabilidad social de garantizar el derecho a la salud y el acceso a medicamentos.

En la época del Neoliberalismo, aparecieron mecanismos de autosostenibilidad del sistema de medicamentos tales como la autogestión, pasando la responsabilidad de acceso a los mismos a los pacientes.

Y, para cubrir a la parte más vulnerable de la población que no lograba acceder a los servicios de salud y cuyas consecuencias se verían plasmadas en el aumento de tasas de morbimortalidad, se introdujeron programas y paliativos gratuitos selectivizando la atención.

⁸ Levcovitz, LA FUNCIÓN RECTORA EN EL MARCO DE LOS SISTEMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN ALC (PPT)

TABLA 8: ETAPAS POLÍTICAS EN EL ECUADOR

ETAPAS POLÍTICAS	PRENEOLIBERALISMO	NEOLIBERALISMO	POST NEOLIBERALISMO
AÑO	1950 - 1978	1985	2006
PROVISIÓN MEDICAMENTOS	PAGO DIRECTO CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS GRATUITOS EN DISPENSARIOS DE LA ASISTENCIA SOCIAL. BOTICAS	PAGO POR EPISODIO UNIDADES DE SALUD COMPRAN AL CEMEIM MEDICAMENTOS DONADOS. MEDICAMENTOS GRATUITOS (MEGRAME Y LEY DE MATERNIDAD GRATUITA)	MEDICAMENTOS GRATUITOS EN LAS UNIDADES DE SALUD PARA TODOS LOS GRUPOS DE EDADES.

Elaborado por: Fernanda Campaña
Fuente: Revisión Bibliográfica Pacheco V, Estrella E.

Al ser asumidos los costos por el Estado de manera gradual desde el 2008, la demanda de pacientes superó la oferta de servicios, y los medicamentos se desabastecieron rápidamente. Se generaron expectativas crecientes en la población, que no han podido ser resueltas todavía, puesto que aún no se alcanza la esperada sostenibilidad financiera.

No obstante, la solución no puede ser solicitar a los pacientes asumir el pago de parte o del total del costo de sus medicinas, ya que si bien podría ayudar al objetivo de disminuir los costos fiscales, reducir el uso excesivo y reponer los fondos para medicamentos en el sistema, significaría retroceder en términos de derechos sociales alcanzados. El gobierno enfrenta entonces un doble desafío: propiciar de una parte las condiciones que mejoren la calidad de vida, reduzcan la pobreza y la enfermedad y disminuyan así la demanda de medicamentos y, de otra parte, promover la racionalización y tecnificación de los sistemas –entre ellos el de gestión de medicamentos- para bajar los costos de atención sin mermar su calidad.

Tal como lo señala la OPS en su informe Renovación de la APS del 2007 los gastos de bolsillo revelan ser un medio de financiamiento inequitativo.

Tabla 9: Gasto Mundial en Medicamentos, grupos de ingreso per cápita, 1990-2000

Grupos de ingreso	Nivel de gasto medio		Participación del total mundial		Participación del gasto en salud	
	Millones de dólares al tipo de cambio		%		%	
	1990	2000	1990	2000	1990	2000
Estados miembros de la OMS	245,000	440,300	100	100	14.2	15.2
Ingreso alto	196,019	345,758	80.2	78.7	13	13.8
Ingreso medio	41,916	82,740	17.1	18.8	22.5	24.8
Ingreso bajo	6,586	10,675	2.7	2.4	20.8	19.2

Fuente: Base de datos de OMS 1999/2000

Elaborado por: Raúl Molina, Conferencia de financiamiento de los medicamentos. México.

La proporción de gasto en salud como se ve, es menor en los países de altos ingresos, pese a que su gasto en medicamentos es mayor. Tal fenómeno se produce precisamente por eso, porque sus ingresos son mayores, y su economía no se afecta mayormente al tener que pagar por un medicamento y a que algunos sistemas de salud tienen cobertura universal y son gratuitos: tal es el caso de Canadá o del Reino Unido.

Por otra parte están los países como el nuestro, en el grupo de países de medianos ingresos, en los que se observa que el gasto en medicamentos es mucho menor que el gasto realizado por los países de altos ingresos, pero considerablemente mayor al de los países de bajos ingresos. De todas maneras el gasto realizado es favorable para la industria farmacéutica. Sin embargo, el gasto en salud supera por un poco menos del doble a los países de altos ingresos. El motivo, los ingresos menores que tiene nuestro país, lo que se traduce en un mayor costo de la atención de salud, y a que la cobertura de salud no es universal.

Costo asumido por el Estado

La LMGYAI promulgada en el Ecuador desde 1994 y vigente hasta la presente fecha a sido sujeta de varias reformas. Surgió como parte de la política neoliberal, que se mantuvo en el país hasta el año 2007. Desde finales del 2008, ésta Ley comienza a perder sustento con la declaratoria gradual de gratuidad planteada por la actual Constitución para todos los grupos de edades. La provisión de medicamentos como parte de esta provisión de servicios de Salud ha sido paulatina, y ha respondido básicamente a disponibilidad financiera.

En el escenario actual, con la declaratoria de gratuidad de los servicios de salud para toda la población, surgen dudas y hasta contradicciones de la permanencia de ésta Ley. Si la salud es ahora un derecho consagrado a toda la población independientemente de su género o edad, ¿cuál es la pertinencia de diferenciar las prestaciones entre cubiertos y no por la LMGYAI?.

En la práctica sin embargo, la Maternidad Gratuita al disponer de una Unidad Planificadora destinada exclusivamente para el manejo de la misma, la Unidad Ejecutora de la LMGYAI funciona como un sistema paralelo de prestaciones que dispone de su propio presupuesto y sistema de información.

El otro presupuesto asignado, para los no cubiertos por Maternidad Gratuita no es aún estable ni sostenido, y menos aún justificado. Motivo por el cual, su sostenibilidad no está clara.

Podría pensarse que la permanencia de ésta ley obedece a un proceso de transición de la gratuidad que finalizaría con su derogatoria, con lo cual se aseguraría que en el momento actual, sus prestaciones no queden descubiertas mientras se logra establecer un mecanismo claro de sostenibilidad financiera para cubrir al resto de la población. Además del impacto social que conllevaría derogar la ley y quedarse sin financiamiento: disminución de coberturas, riesgo de aumentar las tasas de mortalidad, entre otras.

Adicionalmente, al ser una ley promulgada por el Poder Legislativo (Congreso Nacional), no es dable que el ejecutivo la derogue. Y, seguramente el momento político actual no es conveniente para hacerlo.

Financiamiento Estatal vs Recuperación de costos (Iniciativa Bamako)

La iniciativa Bamako de recuperación de Costos en África⁹, que posteriormente fue introducida en varios países de Latinoamérica bajo la forma de un esquema privatizador, planteó la alternativa de la autosostenibilidad del sistema financiero de medicamentos mediante la recuperación de costos al trasladar el mismo al usuario.

En Ecuador, el esquema de recuperación de costos, logró limitar el acceso a los servicios públicos de Salud, desprestigiar lo público por ser ineficiente, y vender la idea a la población de que una gestión privada es necesaria para que los servicios sean de calidad.

Cuando el Estado recupera su responsabilidad social, y promueve que los servicios de salud sean accesibles a los pacientes disminuyendo la barrera económica, mejorando su capacidad de negociación a través de mecanismos como compras públicas y liberando a los medicamentos de patentes, surgen nuevas interrogantes, como el tema de disponibilidad. Y esto, obedece necesariamente a un sistema logístico de gestión de medicamentos que permite planificar en base a registros reales, necesidades técnicas

⁹ Benjamin SC Uzochukwu, (2002) *Effect of the Bamako-Initiative drug revolving fund on availability and rational use of essential drugs in primary health care facilities in south-east Nigeria*. Health Policy Planning 17 (4): 378-383.

SISTEMA DE INFORMACIÓN LOGÍSTICO

Para garantizar la accesibilidad y la disponibilidad de medicamentos en cantidades adecuadas, es necesario: “Unificar los mecanismos que determinen las necesidades de las Unidades Médicas, con cierto grado de certeza, que permitan elaborar programas anuales de adquisiciones, sobre la base de los registros estadísticos de consumo, niveles de existencias, perfil epidemiológico de la población”¹⁰.

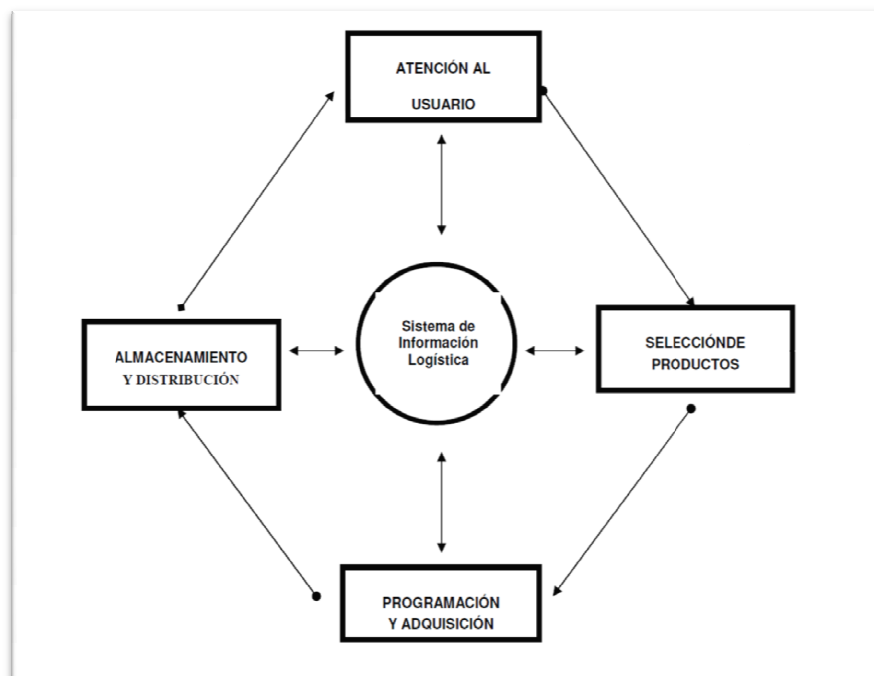
El disponer en el contexto actual de gratuidad la diferenciación de “dos gratuidades” con fuentes presupuestarias de adquisición diferentes, obliga bajo cualquier lógica a tener un registro de consumo diferenciado.

Esta lógica que es más o menos clara en el nivel central del MSP y la Coordinación de la LMGYAI, a nivel local simplemente no tiene una explicación concreta. Una consecuencia encontrada en esta investigación fue que mientras la adquisición de medicamentos se justifica por las facturas de compra, las necesidades se establecen mediante el consumo, que no diferencia entre fuentes de financiamiento. Nuevamente esto puede ser algo que se arreglará con la transición a la gratuidad o puede convertirse en grave problema de la gerencia logística de los medicamentos que incluso podría tener repercusiones legales.

“Los objetivos de la gestión del sistema logístico de medicamentos son los de proveer los insumos correctos, en las cantidades correctas, en la condición correcta, en el lugar correcto, en el tiempo correcto y al costo correcto. El ciclo logístico es una serie de actividades y componentes del sistema logístico, en las que cada una de las fases, periódicamente conduce a la otra, y se relacionan entre sí, manteniendo el proceso continuo.” (ALVAREZ, 2004)

¹⁰ Política Nacional de Medicamentos. Ecuador 2006

GRÁFICO 8: SISTEMA DE INFORMACIÓN LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS



Fuente: SUMINISTRO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES
Elaborado por: León Álvarez.

A nivel local, desde la experiencia del Área de Salud N° 24, se ha generado un problema que aunque aún no es dimensionado en su magnitud real, ya comienza a ser percibido.

La desarticulación entre los diferentes involucrados empeora la situación. Algunos han percibido de una u otra forma el problema. Los que así lo han hecho, independientemente han tratado de manejarlo, pero, de manera unidireccional, sin que la información de lo realizado fluya por el resto del sistema.

El sistema de información de medicamentos constituye el eje central de la Gestión de medicamentos. Es el insumo que lo retroalimenta.

El registro de consumos disponible a nivel local en todas las unidades de salud del MSP es un instrumento que permite llevar al sistema de información a un nivel de análisis más allá del habitual informe de consumo y convertir al registro en un sistema logístico que sea la base para completar el ciclo de abastecimiento de los medicamentos.

CONCLUSIONES

LOCALES

1. Una importante oportunidad para la realización de la investigación, ha sido el momento político actual, en el cual el medicamento juega un rol fundamental en la materialización de la gratuidad, y la expectativa de los usuarios quienes ahora lo exigen. Además, de que el presupuesto se ha extendido para cubrir medicamentos no sólo de Maternidad Gratuita.
2. La existencia de dos fuentes de financiamiento distintas obliga a buscar una estrategia de diferenciación de los medicamentos por presupuesto, y sobre todo, a mantener un registro adecuado para poder justificarlo.
3. Esta iniciativa de cambio ha mostrado ser una oportunidad para poder organizar las adquisiciones en base al comportamiento de consumo de los fármacos, pero también, ha mostrado ser una debilidad, ya que ha evidenciado la desorganización de los datos, y la incapacidad de los instrumentos disponibles para diferenciar los medicamentos por presupuesto de adquisición.
4. Es necesario compatibilizar 2 flujos de información en un Sistema que no venía funcionando adecuadamente. Y, disponer de un sistema amigable y con información oportuna para realizar adquisiciones eficientes.
5. La investigación generó en el equipo de trabajo una sensación de satisfacción y orgullo de que el SCSA a diferencia de otras unidades operativas del Área, plantee cambios para mejorar el Sistema de Gestión de Medicamentos.

6. La idea de que la propuesta de tesis no iría más allá de la formulación de un documento de carácter académico -la tesis- y que la información generada quedaría apenas plasmada como un aporte meramente teórico, sin ningún destino práctico, - al margen de la ayuda de buena voluntad prestada a la maestrante - se revela como una limitante, en perspectiva de aplicar los resultados de la investigación con propósitos prácticos y de asegurar su sostenibilidad
7. Lo más importante fue comprender el objeto del manejo de un Sistema de información de medicamentos de manera técnica, y que va más allá de la responsabilidad o el trámite burocrático de cumplir con la entrega de informes.

GENERALES

1. El ejercicio parcial de la entrega de medicamentos gratuitos en las unidades públicas de salud, es un proceso cuyo punto de partida fue la declaratoria constitucional; sin embargo, el camino hacia la gratuidad está aún por definirse. Faltan por aclarar temas como sostenibilidad, financiamiento, disponibilidad oportuna, disminución de costos, corresponsabilidad de gratuidad, entre otros.
2. El concepto de gratuidad en la salud aunque no es nuevo, no ha sido asumido con la responsabilidad que conlleva en el nivel local. Se ejerce como una disposición generada desde un nivel superior, que se materializa en lo local como despacho de medicamentos sin costo. Cuestiones como gestión oportuna y otras medidas para asegurar la disponibilidad, tales como evaluación del sistema de información, análisis local de información entre otras, no son visualizadas como componente de la gratuidad. Para esto, es fundamental un cambio de actitud y hasta de ideología de los servidores públicos de salud lo cual permitirá entender que su accionar oportuno y adecuado en la gestión de medicamentos está directamente relacionado y en concordancia con la gratuidad.
3. Al ser el medicamento un bien producido por el mercado, su gestión, está ineludiblemente atravesada por la lógica mercantil la cual entra en la dinámica de la misma. Esta lógica está tan profundamente inmersa en el consumo, que desde la óptica de los consumidores de medicamentos, existe la desconfianza generada por años de marketing y erróneamente incorporada a la cotidianidad y a la premisa

de que lo “bueno, bonito y gratuito” es de dudosa procedencia. Ante esta desconfianza que finalmente podría repercutir en la eficacia de los tratamientos es necesario establecer una estrategia que permita contrarrestar este efecto

4. Queda claro que el éxito de una gestión adecuada de medicamentos esta en la relación que debe existir en las diferentes etapas del proceso, con la investigación epidemiológica. La planificación debe estar ligada con el conocimiento de las necesidades técnicas. Promover esta investigación, no debería ser una tarea adicional sujeta a la buena voluntad o tiempo sobrante en el nivel local, sino una tarea permanente que se convierta en una línea de base.
5. Es importante fortalecer en los prescriptores una conciencia epidemiológica en la práctica clínica, lo cual permitirá un acercamiento con los determinantes sociales de las enfermedades. Romper con el esquema puramente clínico o de eficacia de los medicamentos en la terapéutica, permitirá también caminar hacia la gratuidad, mediante el establecimiento de un compromiso de prescripción racional de medicamentos, hasta la gestión oportuna de los mismos para asegurar su disponibilidad.
6. Es innegable que los medicamentos están sujetos a las valoraciones sociales subjetivas u objetivamente guiadas por el mercado. Parte de la propuesta de gratuidad, es recuperar la valoración social y en la terapéutica farmacológica, de medicamentos que siendo buenos y menos costosos, han terminado siendo relegados por la fuerza del marketing. Romper con el esquema de que un costo elevado o una marca le proporcionan estatus a un medicamento se manifiesta como un reto.
7. Al ser planteado el esquema de gratuidad de medicamentos en un sistema de salud como el nuestro, en el cual no hay cobertura universal, lo público y lo privado conviven. La fuerza del Estado se mide con la del mercado, y el riesgo para la gratuidad, es que la contraparte privada utilice estrategias que pudieran elevar costos, o de desprestigio. Por otra parte podría darse que el Estado se convierta en el principal cliente del mercado farmacéutico, y pueda establecer normas que le sean beneficiosas en el momento de las adquisiciones, con lo cual sacaría ventaja, y lograría negociaciones más favorables.

8. El medicamento al ser un bien de interés para la población, y además gratuito, en el espacio de la salud pública puede convertirse en manos políticas inescrupulosas, en un recurso promocional, que acabaría con la distribución racional y el criterio epidemiológico.
9. El talento humano responsable de gestionar el ciclo de medicamentos en cada una de sus fases muchas veces se muestra apático y su accionar podría estar condicionado por el desgano que genera el no tener suficiente valoración social ya sea por no sentirse parte del equipo de salud, o de un proceso transformador de salud, o por sentirse mal remunerado. Estas circunstancias, terminan entorpeciendo la disponibilidad de medicamentos y la gratuidad.

RECOMENDACIONES

LOCALES

1. Es importante estandarizar los registros de consumo de medicamentos en las Unidades Operativas del Área 24, para evitar que en el Sistema de Información queden datos por fuera.
2. Los niveles de abastecimiento de medicamentos deben calcularse tomando en cuenta lapsos de abastecimiento suficientes que consideren demoras en la planificación del presupuesto, y proceso de adquisiciones que pueden estar determinados por varios factores que determinen irregularidades en el tiempo.
3. Incorporar los instrumentos de registro al contexto local previa validación de los mismos y socialización con el personal responsable. Esto evitaría apreciaciones subjetivas de su utilización y favorecería el registro confiable.
4. Establecer espacios que permitan la retroalimentación del sistema de información de medicamentos a nivel local (SCSA) con el nivel central (Jefatura de Área).

GENERALES

1. Para evitar la desconfianza que podría generar la aparente gratuidad, y, generar en la población una corresponsabilidad, sería necesario entregar junto al despacho de medicamentos, un comprobante de pago en el cual se detalle los costos generados por el medicamento y la atención, y el costo final de cero para el paciente mismo que es asumido por el Estado.
2. Responsabilizar a un equipo de trabajo, que podría ser el mismo Comité de Farmacología del Área de Salud en el entrenamiento y supervisión periódica, de la provisión y disponibilidad de medicamentos en las unidades Operativas.
3. Complementar las funciones de los responsables de farmacia de las unidades operativas, de tal manera que la información no quede apenas plasmada en un informe, sino, que se sistematice permanentemente, y pueda servir como insumo para el análisis local, con la constante supervisión y compromiso de los prescriptores. Esto además, repercutirá positivamente en generarles mayor valoración en las funciones que desempeñan y la sensación de importancia al ser parte de un trabajo que permite toma de decisiones.
4. Trabajar activamente con el talento humano en la búsqueda de estrategias que permitan generar mayor equidad entre el personal, y en disminuir brechas sociales que están directamente relacionadas con el interés e involucramiento en las tareas: esclarecer roles y funciones de cada miembro del equipo, disminuir la discriminación interprofesional, el sentido de exclusividad y de límites profesionales; problema muy frecuentemente observado en ginecólogos – obstetrices, enfermeras – auxiliares de enfermería, médicos generalistas – especialistas, y en general entre compañeros de mayor y menor grado de estudios.
5. Al realizar contrataciones de personal, además de realizar la valoración técnica del aspirante de acuerdo al perfil profesional requerido, sería importante valorar su capacidad de adaptarse dinámicamente al trabajo en el servicio público con un rol activo, para evitar que el conformismo y la falta de decisión en involucrarse en los proyectos, terminen entorpeciendo las propuestas.

6. Aprender de experiencias como la del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que tiene una trayectoria de sistematización de información que funciona adecuadamente. Pero mas allá de cuestiones técnicas, el personal responsable, específicamente a nivel local: enfermeras y auxiliares de enfermería están altamente empoderadas del trabajo que realizan, tanto es así, que incluso es una forma de legitimar su rol como enfermeras, y claro, el innegable impacto social que generan las inmunizaciones en la población. Es este, además un ejemplo del éxito que ha tenido la cobertura pública de inmunizaciones hasta lograr ser casi universal, y en la cual el sector privado interactúa de manera mínima.

BIBLIOGRAFÍA

Benjamin SC Uzochukwu, Obinna E Onwujekwe and Cyril O Akpala (2002) *Effect of the Bamako-Initiative drug revolving fund on availability and rational use of essential drugs in primary health care facilities in south-east Nigeria*. Health Policy Planning 17 (4): 378-383. <http://heapol.oxfordjournals.org/content/17/4/378.full.pdf+html>

Barillas E. (Mayo, 2005). *Efectos de la reforma del Sector Salud en el Suministro de Medicamentos de Ecuador* . Informe LACRSS N°69. USAID.

Estrella E. (mayo, 2002). *La OPS/OMS y la Salud Pública en el Ecuador del Siglo XX*. En el Cóndor, la Serpiente y el Colibrí.

Foster S, Laing R, Melgaard B, y otros (2006). *Ensuring Supplies of Appropriate Drugs and Vaccines .Disease Control Priorities in Developing Countries*. Segunda Edición. Capítulo 72. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21250304>

Garner P (Julio 1989). *The Bamako initiative Financing health in Africa by selling drugs*. BMJ VOLUME 299 277 – 278 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1837154/pdf/bmj00243-0007.pdf>

Girón N (2008). OPS/OMS. *La Gestión del Suministro de Medicamentos: Un pilar fundamental para el acceso a medicamentos en Políticas de Acceso a Medicamentos y Equidad*.

Hermida J y otros (2005). *La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia (LMGYAI) en el Ecuador*. Informe LACRSS NO.62. <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/LACHSR/LeydeMaternidadGratuita.Informe%20No%2062.pdf>

Lewcowitz E. *La Función Rectora en el marco de los Sistemas de salud en ALC*. OMS.

LEON ALVAREZ J. (2004) *Propuesta de Un Sistema de Suministro de Métodos Anticonceptivos para Organizaciones No Gubernamentales de la República de Guatemala*. (Tesis Doctoral). Universidad de San Carlos de Guatemala.

Moore Michael (Julio 2007). Película Documental Sycko.

OMS (Marzo, 2004) *Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva en Perspectivas políticas de la OMS sobre Medicamentos*. <http://archives.who.int/tbs/ndp/s4964s.pdf>

OPS (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas* (2007). Edición ISBN 92 75 12698 4

OMS (1999). *Reforma Sanitaria y Financiación de los Medicamentos. Medicamentos Esenciales y Política farmacéutica en Serie Economía de la Salud y Medicamentos*. N°6 .

Pesse K, De Paupe P.(s/a). *La Investigación Acción y la Investigación Operativa: Herramientas para la Investigación de los Sistemas de Salud.*

Pacheco V (2002) *Orígenes del Ministerio de Salud Pública en el Ecuador.* En el Cóndor, la Serpiente y el Colibrí.

ANEXOS

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

INSTRUCCIÓN	ACTIVIDAD	RESPONSABLE ACTUAL	FUNCIONES QUE CAMBIAN	NUEVAS RESPONSABILIDADES	PLAN B
<p>Actualizar los instrumentos informáticos regularmente según normativa establecida, para evitar la desactualización del Sistema de Información Logístico.</p>	<p>Digitalización de los consumos (recetas despachadas) en el instrumento. SCS. Amaguaña</p>	<p>Sr. Richard Mora (Responsable de farmacia del SCS.)</p>	<p>El ingreso de las recetas despachadas no debe tener un retraso mayor a 24 horas.</p>	<p>Ninguna</p>	<p>No hay posibilidad de hacer este proceso manualmente.</p>
			<p>Los responsables de farmacia de las Unidades Operativas deben enviar los consolidados mensuales los 5 primeros días del mes. En formato digital</p>	<p>Envío oportuno de información en formato digital sin pretextos</p>	<p>En caso de falla de los equipos electrónicos de la unidad, se debe procurar hacerlo incluso contratando servicios fuera de la unidad (alquiler de servicios informáticos)</p>
	<p>Consolidación de los consumos de todas las Unidades Operativas en la jefatura de área</p>	<p>Dra. Tinta (Química Farmacéutica del Área)</p>	<p>La responsable de la consolidación debe presentar la base de datos del área dentro de los primeros 10 días del mes.</p>	<p>Presentar archivo electrónico del SUGMI con la información del mes.</p>	

INSTRUCCIÓN	ACTIVIDAD	RESPONSABLE ACTUAL	FUNCIONES QUE CAMBIAN	NUEVAS RESPONSABILIDADES	PLAN B
<p>Establecer un sistema de alerta cuando algún medicamento llegue al nivel mínimo de abastecimiento. Colocando líneas de alerta en las estanterías de medicamentos, y en el computador, programando un signo de aviso cuando el saldo del medicamento llegue al stock mínimo.</p>	<p>Trazar una línea roja en la estantería de medicamentos . (explicar que desde la pared hasta la línea corresponde al stock mínimo .Si son cajas de tabletas, poner tarjetas.</p>	<p>Equipo de Trabajo Responsable del Sistema de Medicamentos del Subcentro de salud</p>	<p>Reportar oportunamente al equipo de trabajo el momento en que el medicamento llegó a nivel mínimo de abastecimiento</p>	<p>Monitoreo periódico del almacenamiento de medicamentos</p>	<p>Delegar esta responsabilidad por escrito a otra persona del Subcentro cuando los integrantes del equipo responsable no se encuentren</p>
	<p>Sólo se despachan medicamentos de adelante hacia atrás de la estantería.</p>	<p>Responsable de Farmacia</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Capacitar a todos los usuarios internos del SCS sobre el despacho</p>
	<p>Al ingresar nueva medicación, almacenarla de atrás hacia delante de la estantería.</p>	<p>Responsable de Farmacia</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Responsabilizar a enfermería del almacenamiento cuando el responsable de farmacia no se encuentre.</p>
	<p>Creación de un elemento de alerta que se active automáticamente en el instrumento electrónico (SUGMI) al alcanzar el nivel mínimo de abastecimiento.</p>	<p>Equipo de Trabajo Responsable del Sistema de Medicamentos del Subcentro de salud</p>	<p>Utilizar los instrumentos del sistema de información para tomar decisiones oportunas</p>	<p>Monitoreo periódico del sistema de información de medicamentos</p>	

INSTRUCCIÓN	ACTIVIDAD	RESPONSABLE ACTUAL	FUNCIONES QUE CAMBIAN	NUEVAS RESPONSABILIDADES	PLAN B
<p>Compatibilizar la hoja propuesta por la Dirección Provincial de Salud con las necesidades reales: Detección de niveles mínimos y máximos de abastecimiento, fecha de caducidad de fármacos, y, lapsos de abastecimiento (fecha de solicitud y fecha de despacho en el SCS.)</p>	<p>Complementar el formato con los ítems propuestos.</p>	<p>Equipo de Trabajo Responsable del Sistema de Medicamentos del Subcentro de salud</p>	<p>Utilizar los instrumentos del sistema de información para tomar decisiones oportunas y realizar solicitudes técnicas de medicamentos</p>	<p>Enviar oportunamente la información (dentro del plazo de los 5 primeros días del mes)</p>	<p>No hay plan B</p>
		<p>Dra. Tinta (Química Farmacéutica del Área)</p>		<p>Consolidar la información y presentarla al comité de farmacia dentro de los 10 primeros días del mes.</p>	<p>Reubicar medicamentos de una Unidad a otra, si fuera el caso que la bodega no pueda abastecer oportunamente y el proceso de adquisición se retrase.</p>
<p>Supervisión capacitante a los responsables de farmacias de las Unidades Operativas.</p>	<p>Planificar cronograma de supervisiones</p>	<p>Dra. Tinta (Química Farmacéutica del Área)</p>	<p>Monitoreo y compatibilización del registro informático con el manual</p>	<p>Ninguna</p>	
<p>Conformar en el SCS. Un equipo de trabajo responsable del sistema de información de medicamentos.</p>	<p>Equipo de trabajo conformado</p>	<p>Responsable de Farmacia (Digitalización)</p>	<p>Se amplían las actividades del sistema de información</p>	<p>El sistema de información abarcará otros parámetros: sistematización y análisis de la información. Monitoreo continuo del funcionamiento</p>	

INSTRUCCIÓN	ACTIVIDAD	RESPONSABLE ACTUAL	FUNCIONES QUE CAMBIAN	NUEVAS RESPONSABILIDADES	PLAN B
Diferenciar el consumo de medicamentos de acuerdo a partida presupuestaria de adquisición	Establecer un listado de medicamentos de acuerdo a partida presupuestaria de adquisición	Dra. Tinta (Química Farmacéutica del Área)	Determinar el consumo diferenciado de medicamentos por partida presupuestaria	Utilización adecuada de los recursos adquiridos por cada partida	
		Responsable de farmacia	Determinar el consumo diferenciado de medicamentos por partida presupuestaria	Llevar dentro del sistema de información un listado diferenciado de consumo por partida	
Definir un recetario de prescripción de medicamentos diferenciado por partida presupuestaria (maternidad gratuita y medicamentos gratuitos).	Elaborar un nuevo formato de receta en el que conste edad del paciente y programa de financiamiento al cual pertenece el medicamento	Dra. Tinta (Química Farmacéutica del Área)	Utilización de un recetario con nuevos parámetros	Sistematizar la información de los consumos mensuales por unidad operativa de acuerdo a partida presupuestaria	
		Equipo de Trabajo Responsable del Sistema de Medicamentos del Subcentro de salud		Monitorizar que la captura del dato: digitalización de las recetas despachadas corresponda al elemento físico: receta correctamente llenado	
		Prescriptores		Llenar los recetarios correctamente	
Pre aprobación de la solicitud de medicamentos basada en necesidades reales.	Aprobar las solicitudes de acuerdo a criterio técnico	Dra. Tinta (Química Farmacéutica del Área)	Evaluación de pre aprobación de las solicitudes de las unidades Operativas	Llevar al día el sistema de información de medicamentos y evaluar los pedidos de acuerdo al comportamiento de consumos y de acuerdo a stocks.	

ANEXO 4

PLAN DE COMUNICACIÓN

ACTIVIDAD	MENSAJE	RESPONSABLE DE LA COMUNICACIÓN Y CANAL DE COMUNICACIÓN:	OBSERVACIONES
<p>Actualizar los instrumentos informáticos regularmente.</p> <p>Monitoreo del cumplimiento de la digitalización y actualización.</p>	<p>La digitalización diaria de los despachos de medicamentos facilitará la disponibilidad del registro electrónico para análisis de la información y evitará retrasos por realización tardía de esta actividad a fin de mes.</p> <p>Tiempo: cada tarde.</p> <p>Recursos: Sistema informático, recetas despachadas, responsable de farmacia.</p>	<p>Reunión convocada por el equipo responsable del Sistema de Información de Medicamentos.</p>	<p>La actividad es factible.</p> <p>La persona responsable dispone del tiempo suficiente para digitalizar el dato en el horario de la tarde.</p>
<p>Trazar una línea roja en la estantería de medicamentos. (explicar que desde la pared hasta la línea corresponde al stock mínimo .Si son cajas de tabletas, poner tarjetas)</p>	<p>La visualización en las estanterías del nivel de abastecimiento permitirá evitar las rupturas de stock</p> <p>Recursos: Marcador.</p> <p>Estanterías. Nivel mínimo calculado.</p>	<p>Reunión convocada por el equipo responsable del Sistema de Información de Medicamentos.</p>	<p>No es factible para todos los medicamentos ya que la capacidad de almacenamiento de la estantería es limitado.</p> <p>En especial para presentaciones en jarabe</p>
<p>Despachos ordenados por fecha de caducidad. De adelante hacia atrás</p>	<p>El almacenamiento diferenciado por fecha de caducidad evitará tener medicamentos caducados o con poca rotación.</p>	<p>Reunión convocada por el equipo responsable del Sistema de Información de Medicamentos.</p>	<p>Factible. Es una cuestión de organización.</p> <p>No se requiere de recursos adicionales.</p>
<p>Creación de un elemento de alerta que se active automáticamente en el instrumento electrónico (SUGMI) al alcanzar el nivel mínimo de abastecimiento.</p>	<p>Al realizar esta intervención, el sistema se hace amigable al usuario, es dinámico, y el elemento de alerta permitirá el uso oportuno de la información generada.</p>	<p>Reunión convocada por el equipo responsable del Sistema de Información de Medicamentos</p>	<p>Es factible, ya que el responsable de farmacia e integrante del equipo, tiene habilidades para el uso del computador, y además tiene muchas ideas en mente.</p> <p>Se requiere acompañamiento del proceso y monitoreo continuo.</p>
<p>Creación de fórmulas de actualización automática de información en el instrumento, y aumentarle parámetros de :</p> <p>Detección de niveles mínimos y máximos de abastecimiento, fecha de caducidad de fármacos, y, lapsos de abastecimiento (fecha de solicitud y fecha de despacho en el SCS.)</p>	<p>La disponibilidad de esta información de manera automática y a la par con el ingreso del dato, permitirá conocer las necesidades reales de la unidad Operativa y tomar decisiones de manera técnica y oportuna</p>	<p>Reunión convocada por el equipo responsable del Sistema de Información de Medicamentos</p>	<p>Factibilidad:</p> <p>El responsable de farmacia tiene la predisposición para hacerlo.</p> <p>Los responsables del equipo estarán al pendiente de acompañar el proceso y de monitorizar regularmente la información.</p> <p>Limitante: El tiempo dependerá de la dedicación a esta actividad, y al acompañamiento.</p>

ACTIVIDAD	MENSAJE	RESPONSABLE DE LA COMUNICACIÓN Y CANAL DE COMUNICACIÓN:	OBSERVACIONES
Planificar cronograma de supervisiones	La supervisión capacitante logrará demostrar la importancia de compatibilizar el registro informático con el manual, y detectar oportunamente fallas que alteren el sistema.	Reunión convocada por el equipo responsable del Sistema de Información de Medicamentos.	Va a ser factible siempre y cuando se respete el cronograma planificado.
Equipo de trabajo conformado	La delegación del sistema de información a un equipo de trabajo permitirá establecer responsabilidades especialmente administrativas y de gestión en el funcionamiento del mismo. Sin embargo, debe quedar claro que todos los integrantes del Subcentro de Salud participan activamente en su funcionamiento y por tanto deben estar permanentemente involucrados en la parte operativa del mismo.	Reunión convocada por la directora del SCS. Invitación a la Dra. Tinta. Química Farmacéutica del Área.	Para la conformación del equipo ya hay 3 personas dispuestas a participar: Responsable de farmacia, Química Farmacéutica, e Investigadora. En la reunión se decidirá si alguien más integra el equipo.
Establecer un listado de medicamentos de acuerdo a partida presupuestaria de adquisición. Reunión con los integrantes del equipo responsable del sistema de información de medicamentos para determinar la conveniencia de registrar el consumo diferenciado	Esta diferenciación permitirá a los tomadores de decisión, contar con un registro correcto de comportamiento de consumo según partida y Unidad Operativa. Y, facilitará el análisis en la Unidad Operativa.	Reunión del equipo responsable del Sistema de Información de Medicamentos.	El área de salud ya ha tomado conciencia de la necesidad de realizar esta diferenciación, por tanto, refieren que en la siguiente adquisición de medicamentos, enviarán un listado a las Unidades Operativas diferenciado.
Elaborar un nuevo formato de receta en el que conste edad del paciente y programa de financiamiento al cual pertenece.	La receta es el formulario que nos permitirá captar correctamente el dato, y la implementación del parámetro edad y programa de financiamiento son datos necesarios para el sistema planteado. Recurso: Recetarios		El registro en varios formatos de receta elaborados por cada unidad operativa de manera arbitraria, ha sido ya considerado como problema en el Área de Salud. Por tanto, el planteamiento tendrá opciones de ser considerado. El inconveniente es la dependencia financiera: costo para imprimir recetarios. Las opciones de fotocopiado e impresión (sin opción a modificaciones del formato) son factibles.