

Reforma del sector salud y la política farmacéutica en Perú

Health sector reform and pharmaceutical policy in Peru

Carmen Phang Romero ¹

¹ Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur. da América Latina, Av. Brasil 4036, Rio de Janeiro, RJ 21040-360, Brasil.

Abstract *This article analyzes the Shared Pharmaceutical Management Program (PACFARM) and its relationship to pharmaceutical policy in Peru within the scope of health sector reform. Implementation of various programs for essential medicines has involved an on-going effort towards improving the supply of essential drugs to the community. However, the corresponding legal framework includes random and disconnected regulations which hinder the feasibility of a consistent national drug policy. PACFARM is a decentralized system for the provision of essential medicines on a care-level basis, self-supported by revolving funds. While expanded coverage and decreased economic barriers to access to essential medicines provided the basis for a pharmaceutical policy and traits of supply management efficiency kept pace with administrative modernization as part of the reform, other aspects hindered the program's implementation and limited its effects, including deregulation and the very processes of change in the sector. The study's methodology included qualitative and quantitative techniques, prioritizing an analysis of the program's implementation.*

Key words *Equity; Essential Drugs; Program Evaluation; Health Sector Reform*

Resumen *Este artículo analiza el Programa de Administración Compartida de Farmacias (PACFARM) y su articulación con la Política Farmacéutica en Perú, en el contexto de la reforma del sector salud. La ejecución de los diversos Programas de Medicamentos Esenciales precedentes muestra el permanente esfuerzo por mejorar la cobertura con medicamentos esenciales a la población, no obstante, el marco jurídico en esta área presenta normas dispersas y desarticuladas, que dificultan la construcción de una Política Nacional de Medicamentos. El PACFARM es un sistema descentralizado de abastecimiento de medicamentos esenciales para el primer nivel de atención, auto-sustentado a través de fondos rotatorios. Mientras la ampliación de cobertura y la disminución de las barreras económicas de acceso a medicamentos esenciales fundamentaban lineamientos de una política farmacéutica, en tanto trazos de eficiencia gerencial en el suministro acompañaban la modernización de la gestión como parte de la reforma, otros aspectos dificultaron su implantación y limitaron sus efectos, tales como: la desregulación y los propios procesos de cambio en el sector. El abordaje metodológico incluyó técnicas cuali y cuantitativas, privilegiando el análisis de implantación del Programa.*

Palabras clave *Equidad; Medicamentos Esenciales; Evaluación de Programas; Reforma del Sector Salud*

Introducción

Garantizar el acceso de la población a los medicamentos esenciales es un gran desafío, especialmente para los países en desarrollo. Entre ellos, el Perú ya experimentó con la implementación de varios Programas de Suministro de Medicamentos Esenciales dirigidos a la población que hace uso de los servicios públicos de salud.

Después de la dura crisis económica de los años 80, la reducción de los niveles de acceso a medicamentos y de los niveles de salud de la población, tanto en países desarrollados como no desarrollados, llegaron a amenazar algunos de los avances anteriormente logrados en el campo de la salud (DHF, 1995). En América Latina, predominó la lógica de la reducción del déficit fiscal en los diversos programas de ajuste económico implementados para superar la crisis, poniendo gran énfasis en la reducción del gasto social (Almeida, 1999; Bustelo, 1992). Durante los últimos años, la tendencia a la reducción presupuestaria del sector ha influido negativamente en la calidad de los sistemas de salud, así como en el acceso a los servicios básicos y a los medicamentos esenciales.

Específicamente, en Perú, la grave crisis económica, reflejada en la hiperinflación más prolongada de su historia, ocasionó una regresión en los niveles de renta *per capita*, en comparación a los niveles de los años 70 (UNICEF, 1995a). Entre 1987-1992, la producción nacional disminuyó 23,5% y la producción *per capita*, 28,9%, agudizando los niveles de pobreza ya existentes. La población pobre aumentó de 7,5 a 12 millones entre 1986 y 1991, y el gasto social disminuyó de 5% del Producto Interno Bruto (PIB), en 1985, a sólo 2% en 1990 (UNICEF, 1995a); mientras el gasto *per capita* en medicamentos tuvo una caída de US\$ 20, en 1987, a US\$ 10, en 1991 (Amaro et al., 1993). Esas condiciones generaron problemas de gobernabilidad en el país, anomia social y grave deslegitimación de las instituciones, entre ellas las del sector salud (Arroyo, 1995; UNICEF, 1995a), por su incapacidad para atender las necesidades básicas de la población y por el deterioro de la calidad en las acciones prestadas. Simultáneamente, durante el período 1980-1992, dos movimientos subversivos – Sendero Luminoso y Movimiento Revolucionario Túpac Amaru – iniciaron acciones armadas, localizadas en las zonas más deprimidas del país, que fueron luego intensificándose desde el campo a la ciudad, lo que significó doce años de violencia política, al cabo de los cuales se constató una migración forzada de un millón de campesinos de sus lugares de origen, el cierre o abandono de 7.000

puestos para docentes y 300 centros de salud en zonas de sierra y selva, afectando seriamente los servicios públicos de educación y salud (UNICEF, 1995a).

En 1993, con el inicio del periodo de pacificación y la desestructuración de los grupos armados, el gobierno propuso una agenda nacional orientada a fortalecer o establecer algunos programas sociales, incrementando la asignación de recursos y focalizando las acciones de los sectores salud, educación y justicia. En 1995, el 40% del presupuesto nacional fue destinado al gasto social (UNICEF, 1995a).

No obstante que el gasto del subsector público de salud es realizado en gran parte por el Estado (78%); la población paga por la atención e insumos básicos, así como por los medicamentos, financiando directamente 22% del gasto total (MS, 1995a). Siendo que el gasto en medicamentos puede representar de 30 a 50% del gasto total en salud, los recursos destinados a la compra de medicamentos son generalmente insuficientes para cubrir la demanda en el sector público. Este problema se ve agravado por la precariedad de infraestructura básica que garantice su distribución en condiciones adecuadas (DHF, 1995; Hulshof, 1988; WHO, 1988a).

El mercado farmacéutico peruano muestra también situaciones paradójicas, como la alta rentabilidad de la industria farmacéutica en épocas de crisis y recortes presupuestarios en salud (Hulshof, 1988). A ese respecto, un estudio sobre la evolución de las ventas en el sector en el período 1987-1992 reveló la disminución de 50% del consumo real de medicamentos en unidades, mientras los valores en dólares se incrementaron. Otra situación contradictoria se da entre las necesidades reales de la población – definidas por su perfil epidemiológico – y la oferta distorsionada de productos farmacéuticos: excesiva en número y de calidad dudosa (productos de eficacia no comprobada, de relación riesgo/beneficio negativa, combinaciones irracionales a dosis fija, productos innecesarios o inútiles) (Valladares, 1993). Esto enfatiza la importancia del papel regulador del Estado en el área farmacéutica (DHF, 1995).

Experiencias en países no desarrollados y otros de industrialización avanzada que cuentan con una Política Nacional de Medicamentos (PNM) de bases sólidas (Andrew et al., 1995; Chowdhury, 1995; Murray, 1995; Weerasuriya, 1995; WHO, 1988a) muestran la asociación directa entre el éxito de la PNM implementada y el compromiso nacional con el bienestar social y la salud como derecho básico (Andrew et al., 1995; Murray, 1995). En tal sentido, el suministro adecuado de medicamentos en el sector pú-

blico ha sido colocado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los aspectos importantes para el desarrollo de una PNM (WHO, 1994).

En el Perú, el suministro de medicamentos, realizado por el Ministerio de Salud, se ha caracterizado por su ineficiencia, restringiendo el acceso de la población a los medicamentos esenciales y perjudicando especialmente a los sectores de menores recursos. La Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de 1994 reveló que, por causa de precios elevados, indigencia o falta de disponibilidad y deficiencia en el abastecimiento, los pacientes no conseguían comprar los medicamentos necesarios; en Lima (capital), el 20% de los pacientes y en la Selva y la Sierra rural llegaban a 43%, y 47% respectivamente (UNICEF/Instituto Quánto, 1994).

Los Programas de Medicamentos Esenciales de 1962, 1971, 1980 y 1985 constituyeron las distintas alternativas ensayadas para mejorar la cobertura de la población y disminuir las barreras económicas de acceso a medicamentos esenciales en la red pública de salud, pero ninguno demostró ser efectivo en el largo plazo (MINSAL, 1994a; WHO, 1988a). En 1994, el Ministerio de Salud (MINSAL) inició el Programa de Administración Compartida de Farmacias (PACFARM), dirigido al primer nivel de atención en salud (MINSAL, 1994a). Este Programa nacional estableció un sistema descentralizado de abastecimiento con financiamiento público y Almacenes de Medicamentos en cada Subregión de Salud, para abastecer a la red de centros y puestos bajo la modalidad de fondos rotatorios de medicamentos.

Paralelamente, se iniciaron el Programa de Salud Básica para Todos y el Programa de Administración Compartida, que formaron parte de la reforma del subsector público de salud y que se intersecaron con el PACFARM. En el mismo contexto, el marco jurídico del área farmacéutica presentaba características de desregulación, fragmentación y dispersión de normas, evidenciando la ausencia de una PNM definida en el país.

Interesa analizar la implantación del PACFARM en el contexto de las acciones orientadas hacia la reforma del sector salud, y verificar si algunos de sus resultados lograron mejorar la equidad en el acceso de la población a medicamentos esenciales. Este artículo presenta, de manera sucinta, los programas de medicamentos esenciales implementados en Perú; describe y analiza las acciones de la política farmacéutica frente a la reforma del sector, articulándolas en un contexto histórico; presenta un análisis de implantación del PACFARM en el marco

de la reforma sectorial; y relaciona política, programa y reforma, vinculando esas tres dimensiones.

Los programas de medicamentos esenciales en Perú

Los Programas de Medicamentos Esenciales son una experiencia permanente desde hace tres décadas en el Perú (Phang, 1998).

En 1959, se estableció el uso de una lista restringida de 20 medicamentos, denominándolos esenciales. Componían este elenco medicamentos indispensables para atender las patologías de mayor prevalencia en los servicios de salud del subsector público. El precio de estos medicamentos era un tercio del valor de los medicamentos "de marca"; eran producidos y entregados directamente por la industria farmacéutica a los puestos de salud y hospitales cada tres meses (MINSAL, 1996).

En 1962, se creó el Programa de Medicinas Sociales, resultado de una primera experiencia de negociación entre el MINSAL y el sector privado. Este programa ofreció a la población 69 medicamentos por la mitad de su precio de mercado (MINSAL, 1996).

Posteriormente, con el inicio del régimen militar de 1968 y en el marco del proyecto reformista del autodenominado Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas, se adoptaron medidas de mayor envergadura en salud y particularmente en relación con medicamentos (Hulshof, 1988). En 1969, fue convocada una licitación pública para el abastecimiento de 153 productos genéricos en la red nacional del MINSAL y, en 1971, se estableció el Programa de Medicamentos Básicos, compuesto por 200 medicamentos cuyo uso y prescripción eran obligatorios en todas las dependencias del sector público: MINSAL, Instituto Peruano de Seguridad Social y Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales (MINSAL, 1996; WHO, 1988b).

Según Hulshof (1988), se otorgó a las empresas participantes en las licitaciones públicas el derecho exclusivo para la producción de los medicamentos básicos, concediéndoles ventajas impositivas tales como: exoneración de los derechos de importación de insumos e impuestos al valor agregado; y el MINSAL realizó la adquisición de los medicamentos en forma centralizada. *"El conjunto de estas medidas permitió la reducción del precio al consumidor en un 50% [en comparación con el producto similar de marca]"* (Hulshof, 1988:76).

La industria farmacéutica participó ampliamente al inicio, y las suscripciones para

las licitaciones públicas superaron la demanda, el abastecimiento era puntual y el control de calidad, estricto (Hulshof, 1988). El sistema de contratos de dos años proporcionó una amplia base de mercado que contribuyó al desarrollo de los productores locales y operó de forma efectiva durante los primeros años de la década del 70 (MSH, 1997). En tres años, los medicamentos básicos constituyeron 10% del valor de las ventas globales y más del 20% de las unidades consumidas, sin embargo, estos no llegaron a sustituir el consumo de los productos de marca que mantuvieron un crecimiento sostenido de ventas. Todo ello confirma la apertura del mercado a sectores de la población que antes no tuvieron acceso a productos farmacéuticos (Hulshof, 1988).

En 1975, durante la segunda fase del gobierno militar y coincidiendo con el inicio de la crisis económica, se inició el progresivo deterioro del programa. Las devaluaciones y la escasez de divisas provocaron discontinuidad de las importaciones de insumos y, en consecuencia, las empresas farmacéuticas prefirieron utilizar los escasos insumos en la elaboración de productos de marca, ocasionando un agudo desabastecimiento. Las actividades de control de calidad del MINSA fueron suspendidas en 1976, aumentando la incertidumbre y las dudas de la población sobre los medicamentos básicos. El creciente déficit presupuestario del programa, debido a deudas del Ministerio de Salud y del Seguro Social, ocasionaron incumplimiento en el pago a las empresas productoras y una crisis de financiamiento (Hulshof, 1988; MSH, 1997).

Entretanto, sólo a partir de 1975, la OMS abrió un espacio para la discusión de los problemas enfrentados por los países en desarrollo con relación a los medicamentos (en la 28ª Asamblea Mundial de la Salud) Desde entonces, fueron propuestas algunas directrices basadas en la evaluación de experiencias inéditas de países que habían implementado esquemas de medicamentos básicos o esenciales (Bermúdez, 1995; Bermúdez & Possas, 1995; WHO, 1988a). En 1977, la OMS publicó su primera Lista Modelo de Medicamentos Esenciales, con cerca de doscientos medicamentos (OPS, 1984) y luego, en 1978, incluyó el tema de los medicamentos esenciales entre los ocho componentes básicos de la estrategia global para reforzar la Atención Primaria de Salud (Bermúdez, 1995; OMS, 1996; OPS, 1984).

Durante el periodo 1980-1985, el gobierno civil de Acción Popular (AP), partido político de orientación liberal moderada, discontinuó el Programa de Medicamentos Básicos por consi-

derarlo “obsoleto y sin sentido” y redujo la intervención estatal en materia de medicamentos a un limitado control de precios, el cual después se diluyó por la presión de la crisis (Hulshof, 1988). Sin embargo, presionado por las crecientes demandas de satisfacción de las necesidades básicas de la población, el gobierno optó nuevamente por la comercialización de medicamentos genéricos relativamente baratos bajo su control, creando el Programa de Medicamentos Esenciales. Aunque no existan datos ni información sistematizada sobre su impacto, este programa, ante la falta de financiamiento para sostener una distribución permanente de medicamentos, no consiguió cambios substanciales que evitasen la decadencia y desprestigio heredados del programa anterior (Hulshof, 1988; WHO, 1988b).

En el siguiente periodo de gobierno (1985-1990), la Alianza Popular Revolucionaria Americana (APRA), partido de izquierda moderada, intentó superar el fracaso anterior, creando el Programa de Medicamentos Básicos y Esenciales. Este nuevo programa incluía 68 medicamentos que debían ser suministrados en el sector público y se sustentaba en el Fondo Nacional de Medicamentos, creado en 1986 para financiar las adquisiciones de medicamentos. Sin embargo, el Fondo nació sin ninguna partida presupuestaria del tesoro público (MINSA, 1996; WHO, 1988b).

Esas dos intervenciones de la década del 80, aunque de menor porte que la del 70, igualmente no tuvieron el impacto deseado (Gutiérrez, 1993). A partir de 1990, en un contexto de regionalización y con clara orientación al establecimiento de la propuesta de Sistemas Locales de Salud (SILOS) de la Organización Panamericana de la Salud, se comenzó a implementar proyectos-piloto basados en modelos de abastecimiento locales.

Durante el periodo de 1991-1994, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en convenio con el MINSA, desarrolló el Proyecto de Revitalización de Servicios Periféricos (PRORESEP), en dos ciudades del país. Este proyecto recogió elementos de los programas anteriores, incorporó criterios de recuperación de costos a través del establecimiento de fondos rotatorios para la compra de medicamentos y promovió la participación de la comunidad en la cogestión de los mismos (MINSA, 1996; UNICEF, 1993a; 1993b). La experiencia iniciada, adoptando la Iniciativa Bamako, se centró en la mejoría de la atención sanitaria a través de la creación de “farmacias comunitarias”, con administración compartida por los servicios de salud y la comunidad. A fines de

1992 se habían establecido 59 farmacias de este tipo en centros y puestos de salud, con comités mixtos de gestión, atendiendo a una población de más de 210.000 personas (UNICEF, 1993a).

Otro proyecto importante, el Sistema Local de Medicamentos (SILOMED) fue desarrollado en la ciudad de Cuzco e implementado por la Cooperación Italiana en coordinación con el MINSA, en el mismo período de PRORESEP (MINSA, 1996). El SILOMED proponía desarrollar un modelo sistémico para el abastecimiento local de medicamentos, dando relevancia a los aspectos de información, control y monitoreo por considerarlos elementos de retroalimentación fundamentales para el ajuste de los procesos de programación, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos.

Ambos proyectos, principalmente el PRORESEP, sirvieron de base para la formulación del PACFARM, que comenzó a desarrollarse en 1994 (MINSA, 1994a, 1996). Este programa fue dirigido especialmente al primer nivel de atención e implementado en ámbito nacional en coordinación con todas las Subregiones de Salud. Incorporó una lista de 63 ítems esenciales, entre medicamentos y material médico, que fueron distribuidos a todos los centros y puestos de la red pública (MINSA, 1996). Los módulos estándar de medicamentos fueron definidos según el nivel de complejidad del establecimiento y de acuerdo al tipo de personal (profesional o técnico) disponible para el manejo de los mismos. Los Almacenes de Medicamentos en las subregiones fueron dotados con un *stock* de reserva para iniciar el abastecimiento a los servicios, quedando responsables por el suministro oportuno de los medicamentos (Phang, 1998).

La sustentabilidad financiera del programa y el concepto de recuperación de costos se basaron en los fondos rotatorios de medicamentos creados en cada servicio de la red (Phang, 1998). El funcionamiento del PACFARM fue regido por la Directiva 006/93-SA; en ella, se sugería un aumento del 15% sobre el precio de costo del medicamento en los Almacenes Regionales y del 10% en centros y puestos de salud para venta al público, como protección del fondo frente a factores como inflación, gastos administrativos y posibles pérdidas.

Asimismo, el PACFARM se proponía modificar aspectos críticos del suministro, principalmente recuperar como componente técnico fundamental el proceso de selección de medicamentos, estableciendo autonomía a nivel local/regional y proponiendo la incorporación de criterios epidemiológicos adecuados al per-

fil de morbi-mortalidad local en la elaboración del listado de medicamentos. Anteriormente al programa, las Unidades Territoriales de Salud eran responsables por la ejecución de los recursos asignados por el gobierno central para la compra de medicamentos a sus centros y puestos de salud. Este sistema presentó serios problemas (Phang, 1999), entre ellos:

- Uso arbitrario del presupuesto destinado a medicamentos: desviado para otros gastos sin respetar la intangibilidad del fondo de medicamentos.
- Decisiones de compra de medicamentos a cargo de personal de logística o contabilidad, sin considerar el criterio técnico de un profesional calificado o, en muchos casos, sin considerar las solicitudes hechas desde los servicios.
- Escasa oferta de medicamentos en el mercado local y elevado precio por la limitada capacidad de negociación, debido a volúmenes de compra relativamente pequeños.
- Personal médico o técnico poco capacitado para realizar una selección adecuada de los medicamentos y personal descalificado para asumir la administración de los servicios de farmacia.
- Bajo retorno, producto de la venta en centros y puestos, de lo invertido en la compra de medicamentos, debido a pérdidas por negligencia, robo, exoneraciones indiscriminadas o falta de control en los servicios.

Con el inicio del PACFARM, la distribución de medicamentos, y el gerenciamiento de recursos para su compra, se desplazó al ámbito regional y fundamentalmente a los centros y puestos de salud, otorgándoles autonomía para la administración de recursos y desconcentrando las responsabilidades en la toma de decisiones, con la finalidad que fuesen utilizados criterios adecuados a las respectivas realidades locales.

El componente de capacitación tuvo un peso importante en el PACFARM, llegó a representar 12% del gasto total, el segundo en importancia después de la compra de medicamentos (84%). Consistió en la formación de equipos regionales de capacitadores para el desarrollo de cursos de entrenamiento dirigidos a calificar a los responsables de farmacia en el manejo y el uso racional de medicamentos. Este trabajo se realizó durante el primer año de implementación del programa en nivel nacional.

Aprovechando las ventajas de la economía de escala, se hicieron compras centralizadas por licitación pública durante los dos primeros años del programa para proveer a los niveles regionales. El objetivo era disminuir los precios de mercado de los medicamentos genéricos,

atraer la producción de la industria hacia el sector público y permitir el crecimiento de los fondos rotatorios en los Almacenes regionales, fortaleciendo su capacidad de negociación.

Otro elemento que caracterizó el programa fue la participación de la comunidad en la fiscalización de los fondos rotatorios, a través de los comités de la cogestión. Éstos, llamados Comités Locales de Administración Compartida de la Farmacia de Establecimientos de Salud (CLACFES), estaban conformados por el jefe más dos miembros del servicio de salud y tres representantes de la comunidad. Su función era decidir las compras de medicamentos y los gastos de funcionamiento de la farmacia, así como aprobar el porcentaje de lucro sobre el precio de venta y el porcentaje de exoneraciones de pago a indigentes.

Por otro lado, la entrega de medicamentos, en el subsector público, continuó siendo gratuita para los pacientes de los Programas Especiales (Diarrea Aguda y Cólera, Infección Respiratoria Aguda, Tuberculosis, Planificación Familiar, Inmunizaciones y otros). El Instituto Peruano de Seguridad Social continuó con un sistema propio de abastecimiento de medicamentos con base en una lista diferenciada por niveles de atención, atendiendo aproximadamente 26% de la población total (OPS, 1998).

Política Nacional de Medicamentos (PNM) y reforma sectorial en Perú

Las importantes experiencias de programas públicos de suministro de medicamentos esenciales ya mencionadas, junto a algunos avances en términos de regulación, instancias de control y aplicación de normas, dieron pauta para la creación de directrices o lineamientos de política farmacéutica en Perú, a pesar de no disponerse oficialmente de una PNM.

Según el estudio comparativo de Vernengo (1992) sobre legislación farmacéutica, Perú cuenta con una normatividad creada en torno a largos intentos oficiales para organizar un sistema adecuado de abastecimiento de medicamentos esenciales a las poblaciones carentes y a los servicios oficiales de salud, desde la década de 60.

Durante los años 80, se registraron numerosos intentos de los sectores académicos, privados y algunos gubernamentales por participar en la formulación de una Ley de Medicamentos que estableciese un marco regulador nacional en las áreas principales de selección y registro de medicamentos, producción y comercialización, control y garantía de calidad,

promoción y publicidad ética, investigación y capacitación de recursos humanos, información y uso racional de medicamentos. Sin embargo, los diversos proyectos de ley presentados al Congreso no prosperaron (Phang, 1998).

En 1985, se creó la Comisión Nacional de Medicamentos, Alimentos y Drogas (CONAMAD), entidad reguladora de carácter autónomo con facultades para desempeñar una función fiscalizadora en el área de medicamentos. Importantes normas fueron emitidas durante su funcionamiento (Vernengo, 1992), y entre las acciones destacables de su gestión estuvieron la prohibición de la comercialización de asociaciones obsoletas o peligrosas en productos farmacéuticos que estaban en el mercado, y el establecimiento de un sistema de control de precios para los medicamentos esenciales (WHO, 1988b). No obstante, CONAMAD fue disuelta a fines de los años 80 por el mismo gobierno que le dio origen.

La creación y el funcionamiento de CONAMAD como agencia autónoma, descentralizada, estuvo más próxima de un modelo de organismo de vigilancia sanitaria de países industrializados, cumpliendo labores de regulación y control. Pero la incorporación de representantes de la industria farmacéutica en su directorio, junto a sectores académicos y gubernamentales, transformó esta instancia en una arena de conflictos, donde los distintos actores intentaron defender y consolidar sus posiciones.

Es importante reconocer que estos procesos no fueron ajenos a los cambios que se produjeron en los años 80, cuando la profunda crisis económica obligó a la mayoría de países a iniciar procesos de reforma orientados a reducir el desequilibrio fiscal y a crear condiciones macro-económicas más sustentables, centrandos sus esfuerzos en disminuir el tamaño del sector público, en aislar el Estado de las presiones de los intereses particulares y en delegar decisiones a agencias independientes exentas de presiones políticas (Almeida, 1999; 2001).

Según Almeida (1999, 2001), por lo menos cinco amplios temas están presente en la agenda de reformas institucionales en el ámbito mundial, los mismos que pueden ser verificados en el proceso peruano.

El proceso producido durante los años 90 en el sector salud en Perú puede definirse como un conjunto de cambios parciales, incrementales, tanto en los sectores e instituciones del sistema como en los distintos niveles de organización de la prestación de servicios. Llamaremos a ese conjunto de procesos Reforma del Sector Salud, la cual, aunque no sea explícita como una política de reforma, como po-

drá observarse, está básicamente alineada con la agenda homogéneamente difundida en el ámbito mundial.

Es necesario observar la reforma desde la óptica del modelo económico del gobierno, reconocidamente neoliberal, que se inicia con la ejecución de programas sociales de emergencia (1991-1992), como el Programa de Emergencia Social (PES), medidas de compensación social para acompañar el ajuste económico como el Fondo de Compensación para el Desarrollo (FONCODES) y los programas específicos de combate a la pobreza.

En 1991 se visualizó, por un lado, el proceso de descentralización del sector a través del establecimiento del Sistema Nacional Regionalizado e Integrado de Salud y del fortalecimiento de las instancias regionales y locales con la instalación de las Zonas de Desarrollo Integral en Salud (ZONADIS). Por otro lado, la configuración del Sistema Privado de Salud sobre la base de Organizaciones de Servicios de Salud (OSS).

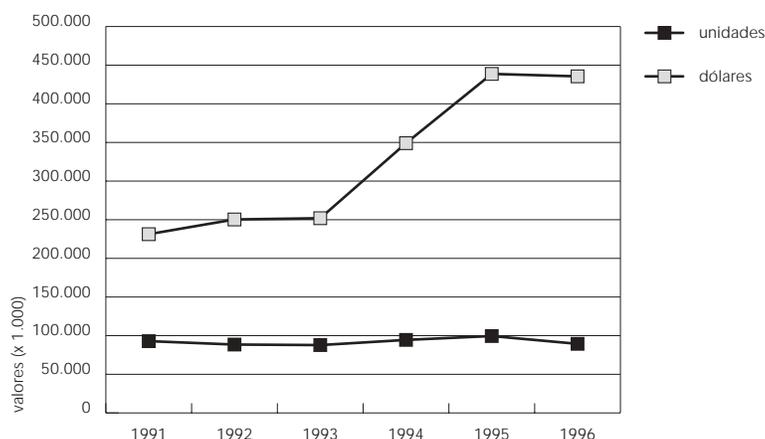
El proceso de descentralización implicó la reorganización del MINSA en el nivel central, creándose cuatro órganos de línea. Uno de ellos, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), órgano técnico-normativo, con funciones de registro sanitario de medicamentos, emisión de normas y control de los procesos de producción, distribución y dispensación de los medicamentos. Entretanto, las Subregiones de Salud quedaron en total autonomía para elaborar su propio organigrama estructural y, a pesar de la tendencia a replicar el modelo central, la mayoría de ellas subsumió el área de medicamentos dentro de la Dirección de Salud de las Personas o Programas Especiales. Esto restringió la actuación de las direcciones de medicamentos dentro de la organización.

Con relación al sector farmacéutico privado, se introdujeron medidas para estimular la libre competencia. Fue emitido un dispositivo que facilitaba la apertura de farmacias privadas (1990) con el propósito de disminuir los precios de los medicamentos y material quirúrgico. Sin embargo, mientras el valor total de las ventas tuvo un aumento constante y prácticamente se duplicó durante el período 1991-1996, la tendencia del consumo fue a disminuir, aumentando sólo en 1994 y 1995 (Figura 1). Esto sugiere que el valor unitario promedio de los medicamentos tuvo un aumento constante.

También en 1990, fue creada la Comisión para la elaboración del Formulario Nacional de Medicamentos, el primer instrumento formal y de rigor técnico para la selección de medica-

Figura 1

Evolución del mercado farmacéutico Peruano (1991-1996).
Ventas en el sector privado.



Fuente: Phang (1998).

mentos en el país. La resolución expresaba: "La selección de los medicamentos que son esenciales para satisfacer las necesidades sanitarias de la población constituye un aspecto prioritario para una eficiente política farmacéutica nacional", Resolución Ministerial 930/90 (Perú, 1990). No obstante, las medidas adoptadas dentro de la reforma del Estado para promover la liberalización de la economía, Decreto Ley 688/91 (Perú, 1991), desregulando el mercado y favoreciendo la libre empresa, se tradujeron en el área farmacéutica en un Decreto Ley 25596/92 (Perú, 1992) que amplió el número de referencias técnicas, cuya consulta era requisito para la autorización de importación y comercialización de medicamentos genéricos y de marca, a la vez que simplificó enormemente el proceso administrativo para el registro de productos farmacéuticos. Este dispositivo dejó sin efecto el trabajo de depuración del registro sanitario, casi finalizado por la Comisión de Formulario, y facilitó la comercialización de una amplia variedad de productos farmacéuticos, cuyo número fue aumentando de forma significativa, inclusive dos años después de promulgada la norma (Tabla 1).

Un producto del trabajo de la Comisión de Formulario fue el Listado Nacional de Medicamentos Esenciales (276 principios activos) en base al cual se elaboró la Guía Fármaco terapéutica Nacional, distribuida ampliamente entre médicos y farmacéuticos del MINSA en 1993.

Tabla 1

Nuevos registros de medicamentos. Perú, 1990-1995.

Año	Especialidades farmacéuticas	Medicamentos genéricos	Programas Medicamentos Esenciales	
			Genéricos	De marca
1990	73	90		
1991	200	806		
1992	849	496		
1993	1.247	478	143	27
1994	988	291		
1995*	1.287	642		

Fuente: Dirección Ejecutiva de Registros y Normas, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, Ministerio de Salud, Perú.

* Agosto 1995.

No obstante, a pesar que las normas administrativas en el sector público disponían la utilización del listado para las compras, en la práctica los establecimientos de salud adquirían medicamentos que no necesariamente estaban incluidos (MINSA, 1997).

En el mismo período, fueron reguladas la obligatoriedad de la prescripción con Denominación Común Internacional (DCI) por los profesionales médicos del sector público y la sustitución de productos farmacéuticos por alternativas equivalentes o similares en las farmacias y boticas, Decreto Supremo 020/90 (Perú, 1990b). Estas normas fueron difíciles de implementar. A diferencia de la ausencia de datos en el sector privado, un estudio realizado en 1996 (MINSA, 1997), en los establecimientos del sector público, reveló que el 45,6% de los medicamentos era prescrito con DCI (OPS, 1998); este resultado podría considerarse asociado a la presencia del PACFARM. Con relación a la sustitución de productos farmacéuticos realizada por el farmacéutico, el mismo estudio mostró que se hacía en 35% de las farmacias del sector privado y en 70% de las farmacias del sector público (MINSA, 1997).

Entre 1993 y 1994, cuando empezó a superarse la crisis fiscal y controlar la inflación, predominó la concepción de modernización de la gestión en el sector (Arroyo, 2000; Franco, 1996), surgieron propuestas programáticas para la focalización del gasto con el Programa Salud Básica para Todos (PSBT), y para la transferencia de responsabilidad hacia el usuario en la administración de servicios con el Programa de Administración Compartida (PAC) y el PACFARM, específicamente en medicamentos. El desarrollo de estos programas que produjeron cambios en el primer nivel de atención se dio de forma paralela.

En 1995, el MINSA estableció los Lineamientos de Política en Salud 1995-2000 para el subsector público (MINSA, 1995b). Este documento constituyó un conjunto de orientaciones políticas que planteó la articulación de algunas ideas-fuerza: equidad, eficiencia y calidad, dando un fuerte impulso a la modernización de la gestión en el sector. Nuevamente se identifica en esta propuesta la orientación de la agenda actual, la centralidad de la perspectiva económica y el pragmatismo en la operacionalización de las políticas, antes que una preocupación con los principios en que se basa su formulación (Almeida, 1999, 2001). Las características del denominado "nuevo gerenciamiento público" fundamentan estos lineamientos, como se puede constatar en los objetivos planteados:

- Mejorar la equidad en la atención de salud, optimizando la asignación, la programación y el empleo de recursos a través de una reestructuración de la función financiera, incluyendo los mecanismos de asignación de recursos;
- Desarrollar el sistema de identificación de usuarios y el paquete básico como instrumentos de focalización del gasto en salud;
- Desarrollar la capacidad de gobierno de acuerdo al nuevo entorno en el subsector público, en nivel central y local; así como la función de regulación del mercado de servicios de salud;
- Mejorar la administración, gestión y calidad de los servicios públicos de salud, mediante la organización en redes de los establecimientos públicos de salud de primer y segundo nivel; e
- Implantar un Programa de Modernización de la Gestión de Hospitales Públicos nacionales y regionales, así como de los institutos especializados.

La legislación de 1997-1998 incluyó proyectos de reestructuración del subsector público, específicamente la reforma hospitalaria (autonomización, acreditación, modernización) y el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, estableció también el nuevo Sistema de Seguridad Social, que fue el punto culminante del proceso de reforma.

La Ley General de Salud (Ley 26842/97), promulgada en 1997 (Perú, 1997a), institucionalizó el derecho ciudadano de acceso a las prestaciones de salud y enfatizó la libertad individual de afiliación a cualquier sistema de previsión social. La ley incluyó un capítulo sobre Productos Farmacéuticos y Galénicos y Recursos Terapéuticos Naturales, en el cual se ratificaron normas ya existentes (comercialización y prescripción de medicamentos), se re-

gularon áreas nuevas (publicidad y farmacovigilancia), y se incrementaron otras (garantía de calidad e importación de medicamentos). Sin embargo, el proceso de selección y registro de medicamentos fue simplificado en extremo, estableciéndose un registro automático de productos farmacéuticos. Resultando contradictorio que, siendo ejes del discurso de la reforma la racionalización, la eficiencia y el privilegiamiento de las acciones costo-efectivas, el sector farmacéutico experimentase una radical flexibilización en la regulación, lo que debilitaba el papel regulador del Estado y le impedía compensar las distorsiones del mercado originadas en la oferta desproporcionada respecto a las necesidades reales de la población.

La Ley de Modernización del Seguro Social (Ley 26790), de 1997 (Perú, 1997b), estableció la libertad de afiliación de los asegurados a prestadores públicos o privados distintos del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), denominados Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (EPSs) para atenciones de primer nivel, que se financiarían a partir del 2% de los aportes al seguro social. Ese aporte equivale al 9% de la remuneración, pagado por la entidad empleadora directamente al IPSS, mientras los pensionistas aportan el 4% de la pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia. Los afiliados al seguro de salud tienen acceso a un Plan Mínimo de Atención junto con su familia, conservando además su derecho a atenciones de alta complejidad, enfermedades crónicas y subsidios económicos, a cargo del IPSS. Según Arroyo (2000), se pretendería también instituir dos regímenes: contributivo y subsidiado.

Según la Ley, el proceso buscaba desarrollar y modular el mercado de servicios de salud, para incrementar la cobertura de la población de menores ingresos, mejorar la calidad de servicios y estimular la eficiencia en la asignación de recursos.

El último paso en el proceso de reforma fue la creación de seguros parciales por grupos-objetivo (seguros por grupos programáticos). En 1997, se inició el seguro escolar, seguido luego del seguro materno-infantil.

En 1991, se pretendía una versión chilena de la reforma, con la creación de las OSS –imitando las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), en un franco estímulo al establecimiento de seguros privados en Perú; sin embargo, las dificultades para una afiliación individual masiva, por las condiciones de pobreza e informalidad existentes, hicieron que se prefiriese trasladar los afiliados del seguro social a las EPSs – una inspiración del modelo colombiano de pluralismo estructurado –, posibili-

tándoles invertir el 25% de su aportación para servicios de baja complejidad en las entidades privadas. Sin embargo, este proceso aún no se ha concretizado en la práctica.

Implantación del Programa de Administración Compartida de Farmacias (PACFARM) en el contexto de la reforma sectorial

El marco en que fue formulado el PACFARM fue resultado por tanto de múltiples interacciones contextuales, en un escenario que se iba configurando con nuevos actores y nuevas reglas de juego.

Un estudio encargado por la Agencia Interamericana de Desarrollo en 1996 (Proyecto 2000-AID, 1996), realizado en 12 de las 23 Subregiones de Salud del país, señaló entre los resultados satisfactorios: una adecuada disponibilidad de los medicamentos esenciales en el ámbito regional y buen abastecimiento de los almacenes de medicamentos a los servicios (93%), crecimiento del fondo rotatorio (138%) por encima de lo esperado, aumento del valor en medicamentos donados a pacientes indigentes (27%), mejoría en el acceso por pacientes con incapacidad de pago que se redujo a 16%, en promedio, conformación de las listas básicas por medicamentos esenciales o alternativos (78%), y prescripción con nombre genérico en la mayoría de centros (73%) y puestos (94%).

Entre las fragilidades del programa, se señalaron: la carencia de instrumentos para el monitoreo, supervisión y evaluación; la ausencia de reglamentación, que evite transgresiones a las normas vigentes, sobre la administración del fondo; y la incipiente participación de la comunidad en la gestión (Proyecto 2000-AID, 1996).

Otro aspecto analizado fue la disminución de costos a través de la variable precios (Phang, 1998, 1999), observando que el Programa consiguió a través de las compras centralizadas en el nivel central: precios inferiores a los precios de adquisición por las farmacias del sector privado (Tabla 2), relativa estabilidad de los precios, mantenida hasta por dos años, y una pequeña variación de precios en las diversas regiones del país con diferente grado de acceso geográfico. Estos resultados demuestran que fue posible reducir el costo de los medicamentos ofertados al usuario de la red ambulatorial y sugieren una mejoría en el acceso a los medicamentos esenciales por la población.

Asimismo, los aspectos de cobertura de atención farmacéutica y acceso fueron explo-

Tabla 2

Precio unitario (dólares) de adquisición de un grupo de medicamentos trazadores, para las farmacias privadas y para el PACFARM. Perú, 1994.

Mercado	Medicamentos trazadores								
	Ácido Acetil-Salicílico Comprimido	Amoxicilina Suspensión	Amoxicilina Comprimido	Clorfeniramina Comprimido	Diazepam Comprimido	Gentamicina Inyectable	Mebendazol Comprimido	Metronidazol Comprimido	Paracetamol Comprimido
Privado									
Marca de mayor precio	0,1476	3,9993	0,4635	0,0868	0,1172	5,1580	0,3568	0,1456	0,1334
(per-unitario PACFARM)	12,9	5,5	5,5	13,6	13,5	24,4	17,2	6,5	14,0
Marca de menor precio	0,0302	2,1339	0,2493	0,0491	0,0340	0,9446	0,2299	0,0907	0,0373
(per-unitario PACFARM)	2,6	3,0	3,0	7,7	3,9	4,5	11,1	4,0	3,9
Genérico de menor precio	0,0442	1,8145	0,2260	0,0319	0,0417	0,4253	0,0648	0,0439	0,0299
(per-unitario PACFARM)	3,9	2,5	2,7	5,0	4,8	2,0	3,1	2,0	3,1
Público									
PACFARM	0,0114	0,7231	0,0842	0,0064	0,0087	0,2114	0,0208	0,0224	0,0095

Fuente: Phang (1998).
PACFARM = Programa de Administración Compartida de Farmacias.

rados en una pequeña muestra de centros de salud en 2 subregiones (La Libertad y Junín) (Phang, 1998, 1999). Se observó que, de las 464 prescripciones generadas en el ambulatorio, 94% fueron captadas en las farmacias de los centros; de este porcentaje, 62% fueron atendidas integralmente, 26% fueron cubiertas parcialmente y sólo 12% quedaron sin atención; y sobre la dispensación efectiva se observó que de los 635 medicamentos prescritos, 75% fueron dispensados. El acceso a medicamentos fue analizado según la proporción de los medicamentos donados a los pacientes, que fue bastante reducido en ambas subregiones (3,4%, en Junín, y 7,7%, en La Libertad), y explorando los motivos por los cuales el paciente no pudo llevar los medicamentos prescritos, encontrando como causa más frecuente la exclusión del medicamento del elenco ofertado en la farmacia (67%), seguido del problema de desabastecimiento (11,5%), o debido al costo (7%), este último, nuevamente con diferencias importantes entre subregiones (1,8%, en La Libertad, y 11,5%, en Junín).

Los resultados muestran una eficacia relativa del Programa, tanto en la gerencia del suministro como en términos de ampliación de oferta, disponibilidad y mejoría de acceso a medicamentos esenciales por la población. Se consiguió dinamizar el abastecimiento y hacer

más eficiente el uso de recursos, así como desconcentrar responsabilidades; postulados todos coincidentes con la línea de reforma sectorial en proceso.

Utilizando otro abordaje, el análisis de implantación de las intervenciones (Denis & Champagne, 1997), observamos que el PACFARM tuvo diferentes grados de implantación debido a la influencia de determinantes contextuales, relacionados al ambiente organizacional. Encontramos también que los efectos del programa se vieron influenciados por la interacción de éste con su contexto de implantación, en dos ámbitos: el entorno próximo y el entorno nacional (Phang, 1998).

Factores organizacionales que influenciaron la implantación

El factor fundamental fue el *ejercicio de autoridad* (Hartz et al., 1997) de la Dirección Regional de Salud y su voluntad política, expresada en el apoyo y la delegación de responsabilidades a la autoridad de medicamentos, y en la reorientación del trabajo de las unidades administrativas a fin de que éstas brindasen un soporte logístico efectivo y la agilización en el flujo de recursos.

Favorecieron la implantación del PACFARM las direcciones que asumieron el liderazgo del

proceso, participaron activamente en la fase de implementación y establecieron las normas necesarias en el ámbito regional para su funcionamiento.

En otros casos, las direcciones regionales entendieron la implementación del PACFARM como un recurso instrumental que ayudaría temporalmente a alcanzar otros objetivos en la organización; un ejemplo de eso fue la utilización de los recursos del programa asignados a capacitación y supervisión para actividades conjuntas con otros programas. Como resultado, el PACFARM no consiguió una inserción institucional adecuada, lo que limitó su implantación.

Entretanto, eso no ocurrió en todas las subregiones, habiendo algunas donde se observó una total indiferencia al Programa o resistencia a disponibilizar condiciones básicas para su funcionamiento.

Otro factor organizacional analizado fue el *equilibrio de la red* (Hartz et al., 1997), expresado en la coordinación del trabajo y en el consenso operacional entre las direcciones de medicamentos y las unidades administrativas del sistema de servicios de salud, ejecutoras de los recursos económicos.

En algunos casos, la elevada dependencia de la dirección de medicamentos de las unidades administrativas, sea para la programación y ejecución de las adquisiciones de medicamentos, o sea para la liberación de los recursos del fondo rotatorio de medicamentos regional – para compra de mobiliario, capacitación, supervisión, contratación de personal o infraestructura-; determinó un bajo nivel de coordinación. Por otro lado, la falta de consenso entre ambas unidades con relación a sus atribuciones hacía que se privilegiase, en algunos casos, el estricto cumplimiento de las normas administrativas, en desmedro de la calidad del soporte logístico al sistema de abastecimiento. El Programa exigía de la organización un importante nivel de flexibilización para adoptar una dinámica diferente a la tradicional, donde la gestión eficiente en torno al fondo de medicamentos se convertía en un soporte fundamental para la sustentabilidad financiera del PACFARM.

Interesa anotar que es muy difícil alcanzar el balance adecuado de valores paradójicos en la organización, como: tradición/renovación o autonomía/control, sobretodo considerando las características burocráticas que presentan los niveles regionales, todavía con una fuerte dependencia normativa y funcional del nivel central, que el proceso de descentralización no logró quebrar, manteniendo inalterado el funcio-

namiento administrativo del sistema, por lo menos en los primeros años de la década del 90.

Un tercer factor organizacional fueron *los actores y la actualización de sus estrategias*.

Los directores de medicamentos que desempeñaban funciones de regulación, control y algunas relacionadas al suministro de medicamentos encontraron en el PACFARM una herramienta de actualización de sus estrategias, porque vieron fortalecida su posición dentro de la organización. Entretanto, aquellos directores cuyo accionar estaba restringido a la labor administrativa y que no ejecutaban funciones técnicas aprovecharon el programa para abrir un espacio y marcar presencia en la organización, actuando en sinergismo con el programa. Algunos directores, sin embargo, fueron indiferentes al desafío de renovar sus posiciones tradicionales, reducidas a actividades burocráticas y con bajo nivel de responsabilidad.

Los otros actores fueron las unidades administrativas. Estos órganos de apoyo se habían constituido, en muchos casos, en “nichos” de poder bastante estructurados, con un control excesivo sobre los recursos. Estos actores vieron en el programa una amenaza para la actualización de sus estrategias, sobretodo en los casos en que sus intereses estaban seriamente comprometidos con la transparencia de los procesos de adquisición de medicamentos. Las unidades administrativas que no se encargaban del suministro de medicamentos a la red de servicios antes del PACFARM también presentaron resistencia; esto puede explicarse por el valor elevado de la tradición y la reducida capacidad de renovación para adaptarse a los cambios, específicamente, por la exigencia de conocimiento técnico sobre los procesos de adquisición y distribución de medicamentos.

La interacción entre el contexto y la intervención

- El programa y su entorno próximo

La *capacidad gerencial* de los farmacéuticos en las Direcciones Regionales de Medicamentos – traducida en habilidades para la planificación y operacionalización de procesos, búsqueda y optimización del uso de la información y un alto grado de coordinación con las otras Direcciones y Unidades de la organización – constituyó un punto crítico. En realidad, fueron muy pocas las direcciones que potenciaron los efectos del programa en ese sentido. La falta de preparación técnica y de experiencia, unidas al desafío de desarrollar un perfil diferente de farmacéutico, que se integrase al equipo de salud

y al sistema en una perspectiva interdisciplinaria, constituyeron una barrera importante para el desempeño de las direcciones.

La *presencia de otros Programas* de cobertura nacional, principalmente el PSBT y el Programa de Administración Compartida (PAC), que interactuaron con el PACFARM.

El principal aporte del PSBT fue la reactivación de los servicios del MINSA en el primer nivel de atención (MINSA, 1994b), a través de la inyección de recursos: humanos (profesionales y técnicos), materiales (infraestructura, mobiliario, equipos e insumos) y financieros (para actividades extra-muros y de capacitación), así como, la ampliación del horario de atención (MINSA, 1994b). Esto generó condiciones adecuadas al interior del sistema y de los servicios, y una corriente positiva que facilitó la implementación y potenció la intervención del PACFARM. A su vez, el PSBT asignó recursos para la distribución de medicamentos en el nivel regional y para contratación de personal profesional (farmacéutico) y técnico.

Por otro lado, el PAC amplió la gestión en las farmacias a la administración compartida de todo el servicio de salud. Si bien la lógica de participación de la comunidad era la misma, el manejo presupuestario fue más formalizado con el PAC y estaba referido al cumplimiento de metas específicas establecidas en un plan de salud y en un contrato firmado por el comité de gestión con salud. Como los programas se implementaron casi simultáneamente, hubo, al inicio, algunas dificultades para incorporar los comités del PACFARM ya conformados en los comités del PAC, pero éstas se fueron superando. Luego se verificó que los establecimientos bajo administración compartida mostraron un mejor desempeño y servir mejor a las necesidades de salud de la población pobre (Cortez & Phumpiu, 2000).

Las *características socio-económicas del medio de implantación* constituyeron un factor condicionante para los efectos del Programa. El agrupamiento de 12 subregiones en 3 grupos, según zona geográfica (Tabla 3), permitió observar que las subregiones de sierra, en el grupo 1, se caracterizaban por un elevado índice de ruralidad, presentaban los más altos porcentajes de mortalidad infantil, desnutrición crónica y necesidades básicas insatisfechas; para el grupo 2, conformado por subregiones de selva y costa, con población rural y urbana, los mismos índices eran menores en comparación con el grupo 1; mientras, para el grupo 3, con subregiones de costa y población tanto rural como urbana, estos índices eran los más bajos e inclusive caían por debajo del promedio nacional.

Al relacionar condiciones socio-económicas con algunos resultados del PACFARM por subregión (Tabla 4), encontramos que, para aspectos relacionados con el suministro (disponibilidad de medicamentos, periodos de desabastecimiento, falta de acceso por inexistencia del medicamento, número de medicamentos cuestionados, número de medicamentos por prescripción en centros de salud), los resultados fueron menos satisfactorios en las subregiones de peores condiciones socio-económicas. Entretanto, para indicadores de la racionalidad en el uso (número de medicamentos en la lista básica ambulatorial, porcentaje de prescripciones con DCI en centros y puestos, número de ítems en el inventario de puestos de salud), las subregiones de mejor nivel socio-económico presentaron peores resultados. Esto sugiere, desde el punto de vista del Programa, que fue más difícil brindar un suministro adecuado de medicamentos esenciales a la población de condiciones más precarias y racionalizar el uso en la porción de población con mejores índices de vida.

- El Programa y su entorno nacional

Algunos elementos de la política farmacéutica nacional influyeron en los resultados del PACFARM. Se destaca la oferta excesivamente amplia de productos farmacéuticos, que provoca una dificultad en la selección de medicamentos. Si observamos las listas básicas en centros y puestos de salud (Tabla 4), ambas contienen un número de ítems muy elevado, para la complejidad de los problemas atendidos en este nivel y para la calificación del personal que prescribe medicamentos, 47% es técnico auxiliar en los puestos (Proyecto 2000-AID). Otro punto crítico es el número de medicamentos cuestionados, usados en algunas subregiones.

La preferencia por medicamentos de marca en algunas subregiones sugiere que, a pesar de las tentativas por promover el uso de medicamentos con nombre genérico, tanto regulatorias como a través de los diversos programas implementados, no ha existido un incentivo efectivo y permanente. En 1996, los medicamentos genéricos llegaron a representar 23% del total de medicamentos registrados en el país (MINSA, 1997); sin embargo, esa mayor oferta no se reflejó en aumento de la demanda, constatándose que el consumo se mantuvo entre 4,5 a 6% del total de productos farmacéuticos vendidos en el mercado privado.

Con relación a la prescripción de medicamentos, es claramente visible el menor porcentaje de utilización de la DCI en subregiones

Tabla 3

Agrupamiento de 12 Subregiones de Salud de Perú, según área geográfica e indicadores socio-económicos.

Subregiones de salud	Zona geográfica	Tasa de mortalidad infantil	Desnutrición crónica (%)	Hogares por lo menos con 1 NBI (%)*	Polaridad interna	Densidad poblacional/servicios ambulatorios	Índice de ruralidad
Grupo 1							
Huancavelica	Sierra-central	110	70	92	Media	2.200	↑ Rural
Chanka	Sierra-sur	90	71	89	Media	4.123	↑ Rural
Ayacucho	Sierra-sur	88	65	89	Baja	4.104	↑ Rural
Puno	Sierra-sur	95	55	76	Baja	3.560	↑ Rural
Grupo 2							
Ucayali	Selva-oriental	70	63	82	Media	2.639	↑ Rural
Chavín	Costa/Sierra-norte	65	63	77	Baja	3.607	Rural/Urbana
San Martín	Selva-norte	60	51	71	Baja	2.193	↑ Rural
La Libertad	Costa-norte	56	52	65	Baja	7.917	↑ Urbana
Grupo 3							
Lima-Este	Costa-central	55	44	57	Media	8.027	↑ Urbana
Tacna	Costa-sur	58	23	52	Alta	5.590	↑ Rural
Moquegua	Costa-sur	53	26	55	Alta	2.604	↑ Rural
Ica	Costa-central	45	29	45	Baja	6.838	↑ Urbana
Promedios Nacionales		55	48	55			

Fuente: MINSA (1995a).

* NBI = Necesidad Básica Insatisfecha, se refiere a la pobreza estructural (familias con alta dependencia económica, con niños que no van a la escuela, que moran en viviendas con características físicas inadecuadas, en viviendas con aglomeración, o en viviendas sin desagüe sanitario).

Desnutrición crónica = Prevalencia de desnutrición crónica en niños de educación primaria.

Polaridad interna = Diferencias inter-provinciales al interior de las regiones, respecto a los principales indicadores socio-económicos.

Densidad Poblacional/Servicios Ambulatorios = número de habitantes bajo responsabilidad por servicio de atención primaria (Centro y Puesto de Salud).

↑ = predominantemente.

costeras, las cuales, por ser de más fácil acceso, también son objeto permanente de la propaganda farmacéutica – que no ha estado sujeta a ninguna reglamentación específica por parte del Estado – y de la oferta del sector privado. En este sentido, es excepción la subregión Lima-Este, donde se desarrolló el proyecto PRORESEP, donde la prescripción en genérico, en Centros de Salud, es elevada.

El número de medicamentos por prescripción en centros y puestos de salud (entre 1,3 y 2,3) demuestra que algún grado de racionalización en el uso de los medicamentos fue alcanzado por el Programa, lo cual contribuiría a fortalecer lineamientos de una PNM, aún en construcción en el país.

Una breve discusión

Algunos autores, como López (1987) y Gutierrez (1993), identifican entre las causas para el

fracaso de los distintos intentos por estructurar una PNM la actuación de la industria farmacéutica privada. Aspectos como la calidad de los medicamentos genéricos y la distribución de los mismos no podrían ser dejados en manos de las propias empresas productoras, sin mecanismos de control ni supervisión adecuados.

Otro factor considerado estratégico es la participación de los profesionales de salud, fundamentalmente de la categoría médica. Este aspecto fue subdimensionado en las propuestas, que omitieron, en su plan de acción, la necesidad de utilizar cualquier mecanismo de negociación, sea de persuasión o de cooptación, para garantizar la adhesión de esta corporación.

La adhesión de la corporación médica a los distintos programas fue dejada al libre arbitrio de estos profesionales, y la legitimación del programa fue entorpecida por la interferencia de la industria farmacéutica en la capacidad

Tabla 4

Resultados del Sistema de Abastecimiento de Medicamentos con el PACFARM en 12 SubRegiones de Salud de Perú, agrupadas según condiciones socio-económicas comunes.

Subregiones de salud	Sistema de abastecimiento de medicamentos							Información periódica ARM	
	Disponibilidad medicamentos trazador (%)	Venta promedio medicamento/habitante	Percepción responsables farmacia	Periodos desabastecimiento	No adquieren medicamentos (%)*	Razones de no adquisición			
Grupo 1									
Huancavelica	68	0,39	Negativo	Mayor	27	IM	Menor		
Chanka	88	0,97	Positivo	Menor	17	FD	Mayor		
Ayacucho	85	0,35	Negativo	Menor	***	IM/FD	Menor		
Puno	68	0,13	Positivo	Mayor	33	IM	Menor		
Grupo 2									
Ucayali ¹	75	0,07	Positivo	Mayor	27	FD	Mayor		
Chavín	86	0,41	Positivo	Menor	***	IM/FD	Menor		
San Martín	90	1,91	Positivo	Menor	19	IM	Mayor		
La Libertad	90	0,56	Positivo	Menor	31	IM	Mayor		
Grupo 3									
Lima-Este ²	83	1,05	Positivo	Menor	***	FD	Mayor		
Tacna	78	0,15	Positivo	Menor	42	IM	Mayor		
Moquegua	85	4,19	Negativo	Menor	***	FD	Menor		
Ica	73	0,37	Negativo	Mayor	33	IM	Menor		
Subregiones de salud	Uso racional de medicamentos								
	Número medicamentos lista básica ambulatorial	Nombre marca ARM (%)	Prescripciones DCI en CS (%)	Prescripciones DCI en PS (%)	Número medicamentos cuestionados	Número medicamentos/prescripciones (Centros)	Número medicamentos/prescripciones (Puestos)	Puestos con lista básica de medicamentos (%)	Número ítems Inventario puestos ^a
Grupo 1									
Huancavelica	64	***	33	100	15	2,15	1,3	33	28 ± 31
Chanka	100-160	45	75	89	14	2,17	1,7	78	68 ± 36
Ayacucho	100-160	***	75	100	5	2,31	2,0	87	44 ± 14
Puno	89	***	75	75	0	1,77	2,3	75	35 ± 5
Grupo 2									
Ucayali ¹	85	***	**	100	7	1,31	1,3	50	67 = 24
Chavín	100-160	***	75	69	8	1,48	1,6	62	67 = 37
San Martín	628**	77	83	97	18	2,03	2,0	79	62 = 33
La Libertad	160	***	91	100	6	1,77	2,2	91	74 = 27
Grupo 3									
Lima-Este ²	100-160	4,3	83	83	6	2,07	1,7	83	100 = 28
Tacna	579/65	85	33	50	1	1,84	**	100	24 = 21
Moquegua	260	53	50	75	10	1,73	1,9	50	90 = 30
Ica	100-160	***	45	100	0	2,13	2,3	100	146 = 162

Elaboración propia, basado en PROYECTO 2000 – AID (1996).

PACFARM = Programa de Administración de Farmacias; ARM = Almacén Regional de Medicamentos; IM = inexistencia de medicamentos; FD = falta de dinero; DCI = Denominación Común Internacional; CS = Centros de Salud; PS = Puestos de Salud

^a Los datos corresponden al Promedio = Desviación Estándar.

* Incluye Hospitales, Centros y Puestos de Salud.

** Incluye medicamentos usados en Hospitales además de los de uso ambulatorio

*** La fuente no presenta datos individualizados para estas Subregiones de salud.

¹ Una parte importante de la población de la Subregión de salud Ucayali, ubicada en la selva oriental del Perú, no usa moneda circulante.

² El proyecto piloto Revitalización de Servicios Periféricos, desarrollado por Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, tuvo como uno de sus ámbitos más importantes de actividad a la Subregión de salud Lima-Este.

crítica del médico, ya sea magnificando la dimensión de su “libertad de prescripción”, o promoviendo la infundada tesis de la “diferencia de calidad” entre las especialidades farmacéuticas de marca, denominadas éticas, y los medicamentos con nombre genérico, producidos para un Programa Social “destinados a los pobres”. Es interesante notar, según Bermudez & Possas (1995), que esta vertiente está presente en todos los programas que interfieren en el perfil de mercado, hegemonizado por las marcas comerciales y las multinacionales, no sólo en el Perú, sino también en otros países, como Brasil y México.

Valladares (1993), al referirse a los programas de medicamentos en su conjunto, afirma que estos no consiguieron representar más del 5 o 6% del mercado, con un saldo negativo debido a serios cuestionamientos de calidad y una mala imagen de los medicamentos genéricos en la población. Entretanto, Gayoso (1992) reconoce fallas conceptuales y estructurales en los programas. Señala como una falla conceptual el haber asumido que la industria privada compartiría de alguna manera el costo de estos programas y que ellos podrían aplicarse desde su inicio a toda la población. La falla estructural fue un financiamiento totalmente inadecuado y, como corolario, un abastecimiento siempre insuficiente y poco oportuno.

Las distintas propuestas programáticas implementadas desde los años 60 no llegaron a ser agotadas en su totalidad y, generalmente, fueron abortadas ante el ingreso de un nuevo régimen de gobierno. Todas ellas se caracterizaron por no encontrar consenso entre los actores involucrados en la problemática del medicamento, sobre todo por la resistencia de la industria farmacéutica y de los prescriptores médicos (WHO, 1988b). Entretanto, es importante señalar que las diferentes coyunturas políticas, a lo largo de más de 30 años, no alteraron sustancialmente el contenido de los distintos programas. Variaron, entretanto, las estrategias utilizadas para mejorar el suministro de medicamentos en el sector público: subsidios, negociación con la industria farmacéutica para disminución de precios, exoneración de aranceles para la producción, utilización de los mecanismos de economía de escala en libre mercado. El abordaje del problema, en todos los casos, resultó insuficiente y muy distante de un modelo sanitario integrador, que tomase en cuenta al medicamento sólo como un medio, como parte del todo.

Conclusiones

Los Programas de Medicamentos implementados en Perú son expresiones empíricas de una búsqueda, a veces interrumpida y no siempre bien orientada, por definir una política pública en el área farmacéutica; coincidente con los objetivos nacionales de brindar a la población el acceso a la asistencia sanitaria.

La legislación farmacéutica en América Latina – entre ellas la peruana – se caracteriza por ser fragmentaria, incompleta y muchas veces incongruente, estas características perjudican la ordenada ejecución de una política de medicamentos e impiden aplicar las decisiones políticas referidas a ella (Vernengo, 1992). Por otro lado, las normas relacionadas a la selección y racionalización del uso de los medicamentos, estuvieron dirigidas básicamente al sector público, a pesar que el 87% del mercado farmacéutico peruano, principalmente en la comercialización y distribución de medicamentos, es privado (OPS, 1998). Es decir, el desarrollo de los programas de medicamentos parece haber tenido un impacto coyuntural que no se ha reflejado en una formulación clara de la PNM.

Podemos observar que la posición de *laissez faire* de los gobiernos de las últimas décadas con relación al área farmacéutica se ha traducido en la ausencia de un organismo regulador fuerte y en los desequilibrios entre la emisión y la aplicación efectiva de normas, cuyos efectos muchas veces han resultado contrarios a los propósitos expresados, es decir, al espíritu de la ley. Esto ha hecho difícil la configuración de una PNM.

La implantación del PACFARM durante el proceso de reforma evidencia otra característica histórica en la política sanitaria peruana, el soslayamiento permanente del componente medicamentos, cuando se trata de hacer una propuesta de cambios en el campo sanitario. A pesar de ser un programa que sintoniza con los principales “principios orientadores” de la reforma – descentralización, eficiencia, modalidad de financiamiento, responsabilización del usuario –, su implementación y desenvolvimiento corren paralelos a todas las iniciativas impulsadas en el sector, inclusive a los programas (PSBT, PAC) con los que tiene elementos comunes, ocasionando duplicación de funciones, gasto innecesario de recursos y falta de claridad respecto a las competencias y atribuciones.

El logro de la equidad, entendida como la ausencia de diferencias consideradas evitables y socialmente injustas (Whitehead, 1992) se

torna lejano, pues, a pesar del mejoramiento de la disponibilidad y del acceso a medicamentos esenciales a través del PACFARM, se mantienen las desigualdades entre SRSS, en función de sus condiciones socio-económicas. El Programa no incorporó mecanismos redistributivos, manteniendo además un porcentaje relativamente bajo del Fondo Rotatorio de Medicamentos (FRM), destinado a dar cobertura con medicamentos a pacientes sin capacidad de pago. Así, el crecimiento del valor de los FRMs por encima de lo esperado muestra un efecto perverso, que no consiguió ser corregido con la participación de la comunidad – uno de los aspectos menos desarrollados de la propuesta, ni aún con una deseable intervención reguladora por parte de la autoridad de salud.

El trayecto histórico de los programas de medicamentos en el país muestra, con relativa claridad, cuáles son los aspectos críticos que deben considerarse cuando se formula una intervención de ámbito nacional en el área del abastecimiento de medicamentos esenciales. Desde los relacionados con la viabilidad de su implementación y correspondiente implantación, hasta aquellos que comprometen su sustentabilidad en el tiempo.

Evidentemente esto está estrechamente ligado a la existencia de una PNM coherente y sólida, con un soporte legal propio y el desarrollo de una serie de mecanismos de regulación y control adecuados, además de estar inserta en los lineamientos de la política de salud como elemento constitutivo de las acciones de rehabilitación, prevención y promoción de salud.

Agradecimientos

Este artículo es producto de un trabajo iniciado con la Tesis de Maestría *Medicamentos Essenciais no Peru: Programa Social no Estado Liberal?* presentada en la Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), en 1998, bajo la orientación del Dr. Jorge Zepeda Bermúdez, y que continúa siendo desarrollado en la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur. Agradecemos la asistencia técnica de la Dra. Celia Almeida, Secretaria Ejecutiva de la Red y docente e investigadora de la ENSP/FIOCRUZ por el apoyo en la revisión del artículo.

Referencias

- ALMEIDA, C., 1999. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: Experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4:263-286.
- ALMEIDA, C., 2001. Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. *Cuadernos Médico-Sociales*, 79:27-58.
- AMARO, C.; VALLADARES, G. & CERON, L., 1993. Evolución del mercado farmacéutico. *Medicamentos y Salud Popular*, 23:8-26.
- ANDREW, M.; JOLDAL, B., & TOMSON, G., 1995. Norway's National Drug Policy: Its evolution and lessons for the future. In: *Development Dialogue. Making National Drug Policies a Development Priority. A Strategy Paper and Six Country Stories*. (Dag Hammarskjöld Centre, ed.), p. 25. Uppsala: Dag Hammarskjöld Centre.

- ARROYO, J., 1995. *La Reforma Sanitaria como Proceso Político-Institucional. Una Primera Aproximación*. Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud. Lima: Ministerio de Salud.
- ARROYO, J., 2000. *Salud: La Reforma Silenciosa. Políticas Sociales y de Salud en el Perú de los 90*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- BERMUDEZ, J., 1995. Perspectivas para promover o acesso e a qualidade: Propostas para uma revisão da Política de Medicamentos no Brasil. In: *Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade. Crítica da Política de Medicamentos no Brasil* (J. Bermudez, org.), pp. 125-150, São Paulo: Editora Hucitec/Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos.
- BERMUDEZ, J. & POSSAS, C., 1995. Análisis crítico de la política de medicamentos en el Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 119:270-277.
- BUSTELO, E., 1992. La producción del estado de malestar: Ajuste y política social en América Latina. In: *Salud Internacional en Debate Norte-Sur* (J. R. Ferreira, C. H. Godue & M. I. Rodríguez, org.), pp. 7-27, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- CHOWDHURY, Z., 1995. Bangladesh: A tough battle for a National Drug Policy. In: *Development Dialogue. Making National Drug Policies a Development Priority. A Strategy Paper and Six Country Stories* (Dag Hammarskjöld Centre, ed.), pp. 96, Uppsala: Dag Hammarskjöld Centre.
- CORTEZ, R. & PHUMPIU, P., 2000. *La Entrega de Servicios de Salud en los Centros de Administración Compartida (CLAS): El Caso del Perú*. Lima: Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico.
- DENIS, J.-L. & CHAMPAGNE, F., 1997. Análise da implantação. In: *Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas* (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 49-88, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- DHF (Dag Hammarskjöld Foundation), 1995. Health and drug policies: Making them the top of the agenda. In: *Making National Drug Policies a Development Priority. A Strategy Paper and Six Country Stories* (DHF, ed.), pp. 5-24, Uppsala: Dag Hammarskjöld Centre.
- FRANCO, R., 1996. Los paradigmas de la política social en América Latina. *Revista de la CEPAL*, 58:9-22.
- GAYOSO, A., 1992. Bases para una política de medicamentos. In: *Medicamentos Genéricos: Derecho a la Vida. Actas del Simposio "Uso Racional del Medicamento en el Perú"*. Lima: Programa de Salud Comunitaria en el Trapecio Andino.
- GUTIERREZ, W. (org.), 1993. *Medicamentos. Suministro y Uso Racional. Experiencias de Organizaciones no Gubernamentales de Desarrollo que trabajan en Salud*. Lima: CARE-Perú.
- HARTZ, Z.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. & LEAL, M., 1997. Avaliação do Programa Materno-Infantil: Análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: *Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas* (Z. Hartz, org.), pp. 89-125, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- HULSHOF, J., 1988. *Economía Política del Sistema de Salud*. Lima: Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- LOPEZ, R. (org.), 1987. *Medicamentos. Los Casos de Bolivia, Brasil, Chile y Perú*. Chimbote: Acción Internacional por la Salud.
- MINSA (Ministerio de Salud), 1994a. *Medicamentos en el Perú. Suministro de Medicamentos*. Lima: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.
- MINSA (Ministerio de Salud), 1994b. *Salud Básica para Todos*. Lima: MINSA.
- MINSA (Ministerio de Salud), 1995a. *Análisis de la Situación de Salud del Perú (ASIS 95)*. Informe Técnico 3, Metodología de Estratificación. Lima: MINSA.
- MINSA (Ministerio de Salud), 1995b. *Política de Salud 1995-2000. Hacia la Equidad, Eficiencia y Calidad en Salud*. Documento de Trabajo. Lima: Ministerio de Salud.
- MINSA (Ministerio de Salud), 1996. *PACFARM. Programa de Administración Compartida de Farmacias*. Lima: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.
- MINSA (Ministerio de Salud), 1997. *Evaluación de la Situación de los Medicamentos en el Perú*. Lima: Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.
- MSH (Management Science for Health), 1997. *Managing Drug Supply. The Selection, Procurement, Distribution and Use of Pharmaceuticals*. Washington: Kumarian Press.
- MURRAY, M., 1995. Australian national drug policies: Facilitating or fragmenting health? In: *Development Dialogue. Making National Drug Policies a Development Priority. A Strategy Paper and Six Country Stories* (Dag Hammarskjöld Centre, ed.), p. 148, Uppsala: Dag Hammarskjöld Centre.
- OMS (Organização Mundial da Saúde), 1996. *Renovação da Estratégia de Saúde para Todos. Princípios Orientadores e Tópicos Essenciais para a Elaboração de uma Política de Equidade, Solidariedade e Saúde*. Documento de Consulta. Brasília: OMS/Organização Pan-Americana da Saúde.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), 1984. *Políticas de Producción y Comercialización de Medicamentos Esenciales*. Publicación Científica 462. Washington, DC: OPS.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), 1998. *Situación Farmacéutica en las Américas*. Informe Anual. Lima: OPS.
- PERU, 1990a. Resolución Ministerial N° 930, del 12 de noviembre de 1990. Establece el Formulario Nacional de Medicamentos. Lima: *Diario Oficial "El Peruano"*.
- PERU, 1990b. Decreto Supremo N° 020, del 30 de octubre de 1990. Establece la obligatoriedad para los profesionales médicos de prescribir bajo Denominación Comum Internacional (DCI), y la obligatoriedad en Farmacias y Boticas a ofrecer al usuario alternativas de oferta de medicamentos, equivalentes o similares. Lima: *Diario Oficial "El Peruano"*.
- PERU, 1991. Decreto Ley N° 668, del 14 de septiembre de 1991. Dicta medidas destinadas a garantizar la libertad de comercio exterior e interior como condición fundamental para el desarrollo del país. Lima: *Diario Oficial "El Peruano"*.
- PERU, 1992. Decreto Ley N° 25596, del 4 de julio de

1992. Establece los requisitos para la obtención del Registro Sanitario y de la autorización para la importación de medicamentos genéricos y de marca. Lima: *Diario Oficial "El Peruano"*.
- PERU, 1997a. Ley Nº 26842, de 20 de julio de 1997. Ley General de Salud. Lima: *Diario Oficial "El Peruano"*.
- PERU, 1997b. Ley Nº 26790, de 17 mayo de 1997. Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Lima: *Diario Oficial "El Peruano"*.
- PHANG, C., 1998. *Medicamentos Essenciais no Peru: Programa Social no Estado Liberal?*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- PHANG, C., 1999. PACFARM – Programa de Administración Compartida de Farmacias, Perú. In: *Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde* (J. Bermudez & J. Rubens, org.), pp. 193-209, São Paulo: Editora Hucitec.
- PROYECTO 2000 – AID (Agencia Interamericana de Desarrollo), 1996. *Evaluación del Sistema de Abastecimiento de Medicamentos Esenciales e Insumos Críticos*. Informe Final. Lima: Servicios de Medicinas PROVIDA.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), 1993a. *La Iniciativa Bamako. Informe Provisional sobre la Marcha de los Trabajos*. New York: UNICEF.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), 1993b. *Segundo Informe de Progreso. Comité Alemán para UNICEF*. Lima: UNICEF. (mimeo.)
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), 1995a. *Los Derechos del Niño en el Perú. Análisis de Situación de la Niñez y la Mujer*. Documento de Trabajo. Lima: UNICEF.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)/INSTITUTO QUANTO, 1994. *Retrato de la Familia Peruana. Niveles de Vida*. Lima: UNICEF/ Instituto Quanto.
- VALLADARES, G., 1993. La problemática de los medicamentos en el país. In: *Medicamentos, Suministro y Uso Racional. Experiencias de Organizaciones no Gubernamentales de Desarrollo que trabajan en Salud* (W. Gutierrez, ed.), pp. 12-21, Lima: CARE-Perú.
- VERNENGO, M., 1992. *Análisis de Legislación Comparada sobre Medicamentos*. Serie Informes Técnicos 17. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- WEERASURIYA, K., 1995. A search for balance: Pharmaceuticals in Sri Lanka. Pioneering steps in a receptive environment and subsequent accommodations. In: *Development Dialogue. Making National Drug Policies a Development Priority. A Strategy Paper and Six Country Stories* (Dag Hammarskjöld Centre, ed.), pp. 5-24, Uppsala: Dag Hammarskjöld Centre.
- WHITEHEAD, M., 1992. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, 22:429-445.
- WHO (World Health Organization), 1988a. *The Use of Essential Drugs*. Third Report of the WHO Expert Committee. Technical Report Series 770. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1988b. *The World Drug Situation*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1994. *Indicators for Monitoring National Drug Policies. A Practical Manual*. Geneva: Action Program on Essential Drugs.

Recibido el 16 de octubre de 2001

Versión final presentada el 21 de diciembre de 2001

Aprobado el 15 de febrero de 2002