SERIE
BUSCANDO REMEDIO
3

DESARROLLO DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS EN COLOMBIA

LAS EMPRESAS DE GESTIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS

SERIE
BUSCANDO REMEDIO
3

DESARROLLO DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS EN COLOMBIA

LAS EMPRESAS DE GESTIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS

IFARMA

Es un instituto de investigación y de consultoría, focalizado en los temas relativos a los medicamentos (acceso, uso y calidad) con una mirada internacional. A su vez incide en las políticas públicas de salud y en las relativas a los medicamentos, especialmente en los países de América Latina.

EQUIPO FUNDACIÓN IFARMA

Equipo de investigación

Francisco Rossi
María Cristina Latorre
Joan Alexis Sepúlveda
Claudia Vargas
Mayra Vásquez
María Fernanda Vargas
Luis Guillermo Restrepo
Sandra Gómez

Asesores

Pedro Amariles, U. de Antioquia
José Julián López , U. Nacional de Colombia

Serie BUSCANDO REMEDIO No. 3
Desarrollo de los servicios farmacéuticos en Colombia.
Las empresas de gestión de servicios farmacéuticos

© IFARMA

Carrera 13 No. 32-51, Torre III, Of.1116
Tel. (57-1) 3381490 • Fax (57-1) 3231472
Bogotá D.C., Colombia
www.ifarma.org
Correo electrónico: ifarma@ifarma.org

Coordinación editorial: Helena Gardeazábal G.
Diseño y diagramación: Carlos Cepeda Ríos
Impresión: Ediciones Antropos Ltda.

Primera edición
ISBN: 978-958-57014-2-7
Septiembre de 2013
Bogotá D.C., Colombia

Impreso en Colombia
Printed in Colombia

Contenido

Presentación **5**
Antecedentes **9**
El concepto de servicio farmacéutico **15**
Marco de referencia internacional **17**
Reino Unido 19
Alemania 22
Estados Unidos 24
Contexto nacional **27**
Origen de los servicios farmacéuticos en Colombia 31
Hipótesis **35**
Objetivos **35**
Metodología **37**
Resultados **41**
Servicios farmacéuticos habilitados en SOGC del SGSSS 41
Naturaleza jurídica de los servicios farmacéuticos 41
Clasificación de empresas de acuerdo con la actividad económica registrada en el RUE 42
Descripción del sector. Empresas por volumen de ventas 45
Las Cooperativas de Hospitales 49
Las Cajas de Compensación Familiar 52
Entrega de medicamentos 52
La producción científica 54
Discusión **61**
Sobre los valores agregados por las EGSF 61
Comparación entre las PBM (Estados Unidos) y las EGSF (Colombia) 61
Concentración del mercado 62
Valores agregados de las Cooperativas de Hospitales 63
Valor agregado de las Cajas 68
Desarrollo legal 68
Sobre la producción científica 69
Las EGSF en la reducción de costos de medicamentos para el SGSSS 71
Crecimiento en el gasto a nivel internacional vs crecimiento de la UPC 73
Conclusiones **81**
Referencias bibliográficas **83**
Anexo 1 **89**
Definicion del servicio farmacéutico 89

Presentación

La difícil tarea de aplicar un método explicativo y crítico a nuestra posición y a la opuesta no significa que consideremos equivalentes las doctrinas… Significa por el contrario que tenemos suficiente confianza en la superioridad de la causa que defendemos, como para estar seguros de que no necesita, ni le conviene, esa doble falsificación con la cual, en verdad, podría defenderse cualquier cosa.

Estanislao Zuleta, (1980)

Que el sistema de salud de Colombia está en crisis, es probablemente el más común de los lugares comunes de nuestros días. Y aunque pudiera decirse que cada uno de los colombianos tiene su propia versión de cuál es la crisis o al menos de cuál es su rasgo principal, a nuestro criterio el problema más serio que hoy afronta el sistema es la polarización, especialmente si uno enfrenta el asunto ya no desde el diagnóstico sino desde las propuestas y los caminos a recorrer.

Polarización entre quienes consideran que hay que defender el sistema vigente a toda costa, y quienes argumentan que ha tocado fondo, que ha colapsado y que requiere una profunda transformación estructural.

Las organizaciones que, como Ifarma, pretenden enfrentar los debates de la política pública en salud desde una perspectiva de investigación y análisis, se enfrentan a la sin salida de elegir bando. Todo hallazgo, toda reflexión, toda propuesta explicativa, tiene que tomar partido.

Cómo tanta inteligencia, tanto entusiasmo, tanto estudio y tanto trabajo empírico cayeron en el más antiguo, repetido y vergonzoso escenario de los buenos y los malos, los equivocados y los acertados, lo correcto y lo malintencionado, sería materia de análisis sociológicos que no discutiremos en este momento. Sí nos parece relevante precisar que, a nuestro juicio, fue desde el establecimiento y desde el propio Ministerio de Salud, entonces Ministerio de Protección Social, que se generó esta ola maniqueísta, tanto por su defensa a ultranza del sistema (que llegó al punto de decretar una emergencia social desconociendo el hecho de que el momento que se vivía no correspondía

a eventos sobrevinientes, sino a un deterioro totalmente previsible de la situación), como por su incapacidad para aplicar correctivos a los signos y síntomas de una crisis evidente.

En todos los documentos, foros, eventos y debates públicos o cerrados, no hay alternativa. O se defiende el sistema y se defienden los ajustes que la situación actual exige sin transformaciones estructurales o se abunda en evidencias sobre su fracaso y la necesidad de derrumbarlo para empezar de nuevo. Es una suerte de esquizofrenia que asume que el sistema de salud es un sistema cerrado que no depende de un sistema social que genera pobreza y enfermedad, que precarizó el trabajo y que ha convertido a Colombia en el país más inequitativo de la región más desigual del planeta[1]. Como si el sistema de salud pudiera ser reformado sin modificar la política social, las relaciones laborales y el modelo económico.

Un ejemplo resulta ilustrativo. En Ifarma quisimos proponer una aproximación crítica al análisis de las tutelas y los recobros, pues si bien expresan una voluntad ciudadana por reclamar que la salud sea un derecho y que el derecho no sea objeto de recortes, condiciones y transacciones, también es verdad que ha sido objeto de manipulación, desviación y uso irracional y corrupto, a extremos que se debaten entre la indignación y el ridículo. Vano intento pues las culpas se han distribuido entre los sobrecostos, la falta de actualización del POS y las deficiencias de información, sin que se vea una ruta clara para resolver este espinoso asunto.

Hace algún tiempo y en el marco de la evaluación de la política farmacéutica nacional, observamos como en nuestro país se han producido interesantes avances en los servicios farmacéuticos. Observamos también que esos avances se asociaban a un notable desarrollo y crecimiento de una nueva modalidad de empresas de intermediación (en el contributivo) y en menor medida al desarrollo de las Cooperativas de Hospitales en el subsidiado. Abordamos entonces la tarea de recopilar información sobre el papel que ha jugado en nuestro sistema, y en particular en la política farmacéutica, la intermediación en el manejo de los medicamentos. Nos interesaba en especial constatar los

1 Martínez Félix. Crisis de la sociedad salarial y protección social. Capítulo del libro *Seguridad Social o asistencialismo. Implicaciones para la sociedad y el estado de separar el trabajo del derecho a la seguridad social*. ISBN 978-958-631-600-2. Eds USTA. Universidad Santo Tomás de Aquino, Bogotá, 2009.

avances en los servicios farmacéuticos y el papel que esta intermediación había desempeñado en ellos.

¿Qué encontramos? Encontramos que en el país se han generado experiencias interesantes en servicios farmacéuticos. Encontramos que las empresas que actúan como intermediarias en la prestación de servicios farmacéuticos, han hecho aportes importantes en el desarrollo de los mismos. Y encontramos también evidencias de corrupción en las relaciones entre algunas de estas empresas y algunas EPS.

Estas intermediarias en la prestación de los servicios farmacéuticos han crecido de manera exponencial en su operación y en sus ventas. Una parte importante de ese crecimiento se debe sin duda a los recobros por productos **No POS**, en los que ha sido evidente la irracionalidad en el uso y la corrupción, fruto, entre otros, de unos incentivos mal concebidos y de la ineficiencia de la vigilancia y el control.

En el marco de la polarización, a la que hemos venido haciendo referencia, estos resultados se convirtieron en motivo de intensos debates, tanto internamente como en los diferentes espacios de discusión sobre el futuro del sistema de salud. Reconocer aportes a la intermediación se traducía en formarse en el bando de los defensores del sistema, mientras desnudar sus falencias significaba lo contrario.

Lo más difícil y lo que tomó más tiempo, fue justamente tomar conciencia de la polarización y tratar de tomar distancia2. Presentamos, entonces, un trabajo que pretende, de la manera más equilibrada posible, ofrecer los datos recogidos y los análisis que hemos realizado sobre el desarrollo de los servicios farmacéuticos en Colombia y el aporte de las Empresas de Gestión de Servicios Farmacéuticos (EGSF). El sistema de salud cambiará. Está cambiando. Pero nos parece irresponsable que logros importantes se desconozcan y se puedan perder por análisis incompletos o desequilibrados.

2 IFARMA a lo largo de su historia ha mantenido una estrecha cercanía con las empresas que prestan este servicio de intermediación en servicios farmacéuticos. Su origen ciertamente se vincula tanto con las cooperativas de hospitales, como con algunas de las empresas asociadas a este estudio. Ifarma ha recibido apoyo mediante donaciones no condicionadas de algunas de estas empresas para diferentes proyectos de investigación, incluyendo éste.

Antecedentes

Los "servicios farmacéuticos" representan un concepto y un desarrollo relativamente reciente en nuestro país y nuestro sistema de salud. Desde el punto de vista profesional, el químico farmacéutico, que es la denominación oficialmente aceptada para lo que en otros países es el farmacéutico a secas o el bioquímico farmacéutico[3], ha tenido una orientación predominantemente industrial. En ese escenario el objeto de conocimiento de la farmacia se concentró en el medicamento, en su producción, en su calidad y en su regulación.

Sin embargo el medicamento, que constituye el más frecuente desenlace de la utilización de los servicios de salud, tiene sentido en el momento en que un paciente lo utiliza y experimenta sus efectos.

Esta trascendental característica del medicamento ha generado en muchos países del mundo y recientemente en Colombia, un desplazamiento del centro del objeto del conocimiento de la profesión farmacéutica, del producto (el medicamento) al paciente; de la producción industrial a los resultados terapéuticos. Así, la farmacia se desprende de su carácter de ciencia química para desplazarse hacia las ciencias de la salud.

En nuestro país hemos sido testigos de una actividad industrial farmacéutica floreciente, pero hasta finales del siglo anterior, con pocas excepciones, las acciones (con respecto al medicamento) dirigidas al paciente fueron dejadas a la actividad comercial (dispensación en las droguerías) o a otros profesionales de la salud en el ámbito institucional, particularmente a enfermería.

Este trabajo pretende mostrar la manera en que este giro se ha configurado en Colombia, especialmente en el marco de la reforma de la organización de los servicios de salud que significó la Ley 100 de 1993 y en la evolución de lo que pudiéramos denominar, el desarrollo de una política farmacéutica. Analizaremos los orígenes, haremos un

3 En muchos países europeos el farmacéutico es propietario y operador de la farmacia y la dispensación es una actividad profesional reconocida. En otros países como Bolivia o Argentina, el farmacéutico recibe formación para optar por desempeñarse en un laboratorio clínico (bioquímico) o en una farmacia (farmacéutico).

recorrido por las modalidades que en Colombia han tomado los servicios farmacéuticos y formularemos hipótesis sobre el papel que han jugado en el desarrollo de nuestro sistema de salud.

En la década de 1990, el Ministerio de Salud, en el marco de la política farmacéutica de la Comunidad Andina de Naciones (CAN), decidió tomar medidas para impulsar dos líneas de política: *los medicamentos esenciales como la mejor alternativa terapéutica* y *los medicamentos genéricos como la mejor alternativa comercial*[4].

No obstante, tales líneas que coinciden con la política de medicamentos esenciales de la OMS, habían sido implementadas previamente en Colombia por el Instituto de Seguros Sociales (ISS), principalmente a través del uso de un listado, la implantación de la prescripción por Denominación Común Internacional (DCI), y del desarrollo de mecanismos de compra centralizada con los que el ISS conseguía los precios de medicamentos más bajos del país[5].

En el resto del sector público, también se llevaron a cabo desarrollos en este mismo sentido a través de las Cooperativas de Hospitales, que a escala regional consiguieron consolidar sistemas de suministro de medicamentos, precios más bajos que los obtenidos haciendo compra individual, utilizaron una lista de medicamentos esenciales y desarrollaron servicios asociados al buen manejo de los medicamentos para los hospitales públicos.

Sin embargo, los beneficios de este tipo de medidas no llegaban a toda la población, y sobre todo, no llegaban de igual manera pues la cobertura era fragmentada, el ISS atendía a las personas que contaban con un vínculo laboral formal, y los hospitales públicos atendían a la población más pobre.

En 1993, con la Ley 100, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sgsss), con el objetivo de ampliar la cobertura del aseguramiento. En su desarrollo fue definido un Listado de Medicamentos Esenciales (listado POS) y se hizo obligatorio

4 Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue. Política Andina de medicamentos. Lima; 2009. Disponible en: http://www.orasconhu.org/documentos/Politica%20andina%20de%20medicamentos%202009.pdf

5 Moreno César. Visión Histórica de la farmacia en Colombia. Unidad regional Cundinamarca. Colegio nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia. Bogotá, Colombia: Grupo editorial APSIS; 2007. ISBN: 985-33-9773-3.

dentro del sistema de salud el uso de la Denominación Común Internacional (DCI)[6], extendiendo el beneficio de estas medidas a toda la población.

A partir de la implementación del modelo de aseguramiento en salud, garantizar el acceso de los usuarios a los medicamentos se convirtió en un desafío mayor, que requirió el desarrollo de servicios farmacéuticos preparados para responder a las nuevas necesidades. Estas necesidades fueron reconocidas por la política farmacéutica de 2003, cuyos lineamientos buscaban fortalecer la gestión de calidad de estos servicios para alcanzar los objetivos propuestos: garantizar el acceso, la calidad y el uso racional de medicamentos[7].

En este escenario surgieron como nuevos actores en el sector salud, empresas intermediarias de la gestión de servicios farmacéuticos, que han recibido diferentes denominaciones, entre ellas operadores logísticos, administradoras de beneficios farmacéuticos y distribuidores especializados, las que se encargaron de las etapas de la cadena del medicamento que van desde la compra al laboratorio productor, el almacenamiento, distribución, hasta la entrega al paciente y el seguimiento al uso de producto por parte del usuario.

Pudiera dibujarse una escala de "progresión" en los desarrollos de este tipo de entidades que se inician con un sistema de suministro eficiente y sobre todo eficaz (que supone el aseguramiento de la disponibilidad de medicamentos de calidad de manera oportuna y sostenible), pasando por la implementación de programas de seguimiento fármaco- terapéutico y fármaco-vigilancia, la realización de estudios de utilización, la producción científica y la generación de sistemas de información aplicables a la auditoría y a los estudios fármaco-epidemiológicos.

El presente trabajo fue concebido para examinar la experiencia colombiana en las diferentes formas existentes de organización de la cadena, su desarrollo histórico y el papel que ha cumplido este esquema de intermediación. Entendemos que hay una notable diversidad de experiencias y resultados que el país poco conoce y que muestran

6 En realidad la prescripción por DCI era obligatoria desde mucho antes, pero no era una obligación acatada por los médicos, especialmente en el ejercicio privado como profesión liberal. La Ley 100 convierte a los médicos en asalariados que deben cumplir normas laborales lo que incluye la prescripción por DCI.

7 Colombia, Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Política Farmacéutica Nacional [Online]. Bogotá, 2003. [Consulta: 20 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POLÍTICA%20NACIONAL%20FARMACÉUTICA.pdf

una gran riqueza y una gran diversidad, que son conquistas del sistema y desarrollos positivos que agregan valor y posiblemente reducen los costos de operación.

Para esto realizamos en primer lugar una descripción de experiencias internacionales de gestión de servicios farmacéuticos, dentro de las cuales incluimos un análisis de las similitudes y diferencias de Colombia y los Estados Unidos, en particular con las Administradoras de Beneficios Farmacéuticos (PBM por su sigla en inglés – Pharmaceutical Benefits Management-). Posteriormente hicimos un análisis histórico de las diferentes maneras en que se ha organizado la intermediación de la gestión de medicamentos en Colombia y las variables determinantes.

Encontramos dos tipos de experiencias que evaluamos separadamente. La correspondiente a las Cooperativas de Hospitales, cuyo campo de acción se concentra en las instituciones públicas (aunque se prestan servicios a algunas instituciones privadas) y las privadas que fundamentalmente provienen de dos tendencias: (a) distribuidores mayoristas tradicionales que adaptaron su portafolio de servicios a las necesidades de la nueva institucionalidad del sistema, incluyendo las adaptaciones de las Cajas de Compensación Familiar y (b) un grupo de empresas que fueron creadas para resolver las necesidades de los servicios farmacéuticos en el nuevo sistema de salud, en relación más o menos estrecha, con las aseguradoras del Sgsss.

Mediante la consulta de diversas fuentes secundarias, se construyó una descripción del mercado y del tipo de servicios desarrollados por estas instituciones y empresas. A partir de las modalidades de establecimiento de relaciones comerciales (formas de contratación) y de información proveniente de las aseguradoras, se realizó una descripción del comportamiento de este tipo de organizaciones. Información primaria fue recolectada mediante la realización de una entrevista semi-estructurada basada en un formulario preestablecido hecha a funcionarios de las empresas incluidas en el estudio.

Así mismo se realizó un análisis de la normatividad producida en los años recientes, para establecer en qué medida ha significado un impulso al desarrollo de los servicios farmacéuticos, o si por el contrario hay falencias en el marco jurídico que hacen complejas las actividades de las mencionadas instituciones y empresas. Igualmente evaluamos la producción científica atribuible a estas instituciones y empresas.

Finalmente, se presenta una discusión de si este tipo de empresas e instituciones han significado valores agregados a la prestación de servicios de salud, en qué medida lo han hecho, y si adicionalmente han significado reducciones en el gasto en medicamentos.

El concepto de servicio farmacéutico

Bajo esta categoría se clasifican, tanto las acciones que ofrecen los servicios de salud con respecto al manejo y uso apropiado de los medicamentos, como las acciones que realiza el profesional farmacéutico y el personal de salud, tanto con los medicamentos como con los pacientes.

Se trata de un amplio espectro de actividades que van desde lo predominantemente administrativo y logístico como la administración del sistema de suministro de medicamentos dentro y fuera de los hospitales y clínicas, la dispensación (o simple entrega) de los medicamentos prescritos, el desarrollo de programas de seguimiento farmacoterapéutico –SFT-, manejo de productos por resultados clínicos (clinimetría), producción de análisis epidemiológicos sobre el uso de los medicamentos (farmacoepidemiología) y producción de conocimiento (investigación). En muchos casos estos desarrollos han incorporado la generación de sistemas de información que no solamente soportan los aspectos logísticos y administrativos (facturación) sino también la auditoría, el seguimiento de la farmacoterapia individual (buscando especialmente interacciones, contraindicaciones o eventos de mala utilización) y la realización de estudios económicos y de utilización de medicamentos, dando respuestas a las nuevas necesidades planteadas por el Sgsss.

Tiende a menospreciarse el primer eslabón de esta escala, esto es, el sistema de suministro. Sin embargo debe tenerse en mente que, de lejos, ésta ha sido la actividad más compleja y difícil de articular y sobre todo, de sostener, en la mayor parte de los sistemas de salud de los países en desarrollo. Baste observar cual es la queja más frecuente de los programas nacionales de lucha contra el VIH y SIDA en los países en los que existe apoyo del Fondo Mundial[8], entendiendo que sus subvenciones incluyen fondos para la logística de los medicamentos, es decir, que no es un problema de recursos.

8 The Global Fund. Annual report 2011. Disponible en: http://www.theglobalfund.org/documents/publications/annual_reports/Corporate_2011Annual_Report_en/

El Decreto 2200 de 2005 en su artículo 4 define el Servicio farmacéutico como el servicio de atención en salud responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo, relacionados con los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva.

En el Marco internacional, la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron un documento conjunto de buenas prácticas en farmacia[9].

En este documento se define que el propósito de la práctica farmacéutica es "contribuir al mejoramiento de la salud y apoyar a los pacientes con sus problemas de salud haciendo el mejor uso de los medicamentos".

Las Buenas Prácticas de Farmacia se definen como la práctica de farmacia que responde a las necesidades de la gente que usa los servicios farmacéuticos para la provisión de atención óptima basada en la evidencia y están agrupadas en cuatro roles o funciones principales de los farmacéuticos:

- Rol 1. Preparar, obtener, almacenar, asegurar, distribuir, administrar, dispensar y disponer los medicamentos.
- ROL 2: Proveer una gestión efectiva de la terapia medicamentosa.
- ROL 3: Mantener y mejorar el desempeño profesional.
- ROL 4: Contribuir al mejoramiento de la efectividad del sistema de atención de salud y la salud pública.

En el anexo 1 (pág. 89) se presentan en detalle la conceptualización y las funciones de los servicios farmacéuticos.

9 FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services. WHO Technical Report Series, No. 961, 2011. Geneva: World Health Organization, 2011.

Marco de referencia internacional

El derecho a la salud, de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, ha sido reconocido en diferentes tratados, particularmente en 1966 mediante el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights – Icescr-, Pidesc por su sigla en español), que llamó a los Estados a establecer políticas públicas, desarrollar progresivamente este derecho y garantizar el acceso a servicios médicos a toda la población. En el año 2000 el Comentario General 14 del Pidesc incluyó como parte del derecho a la salud la provisión de medicamentos esenciales, siguiendo la definición dada por el programa de medicamentos esenciales del a Organización Mundial de la Salud (OMS)[10].

Al mismo tiempo, la Declaración de *Alma Ata* de la OMS en 1978, resultado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, exhorta a los países a impulsar y poner en práctica la Atención Primaria de Salud, que comprende entre otras actividades el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales[11].

Con el fin de garantizar la atención en salud, optimizar los recursos disponibles y obtener un óptimo estado de bienestar en la salud de la población, los Estados han implementado *Sistemas de Salud* conformados por el conjunto de las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria, el cual involucra los servicios de salud individuales, los servicios de salud pública y el desempeño de una actividad intersectorial como indica la OMS. Sin embargo, no puede desconocerse que en ellos están involucradas también relaciones políticas y económicas y que este conjunto es el responsable por la conducción de los procesos referentes a la salud de una población

10 Hogerzeil H, Samson M, Vidal J, Rahmani-Ocora L. Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts? Lancet 2006; 368: 305–11.

11 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata [online] Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [Consulta: 15 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

12 Gómez D. Análisis comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y el Caribe. Rev. Salud Pública. 2005; 7 (3):305-316.

dada, que se concretiza en organizaciones, reglas y servicios cuyo objetivo es alcanzar resultados coincidentes con la concepción de salud prevaleciente en la sociedad[13].

Para la organización de los sistemas de salud, algunos autores proponen la existencia de cuatro modelos[14], en los que nos interesa tipificar el manejo de los servicios farmacéuticos.

Modelo asistencialista: normalmente financiado por los Estados y cuyas acciones se focalizan solamente en las poblaciones más vulnerables, como ocurre con el Medicaid en Estados Unidos y con el régimen subsidiado en Colombia,

Modelo de seguro social o de Bismark, de origen alemán, su principal característica es su vinculación al mundo del trabajo, el financiamiento es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son por lo general obligatorios y los administran los propios interesados o los estados. La gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades estatales o no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Por definición, sólo cubren a los aportantes y su grupo familiar aunque en los últimos años han tendido a universalizar su cobertura. Ejemplos de este tipo de sistema son el de Alemania y el Régimen Contributivo de Colombia.

Modelo universalista o de seguridad social: involucra la adopción del Welfare State, cuya primera formulación legal aparece con el informe del Lord Beveridge (1942) y las leyes consecuentes en Inglaterra. Se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que, generalmente, son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Con frecuencia en su financiación existen otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su organización y gestión, que está tomando formas más participativas y comunita-

13 De Vasconselos L, Giovanella L, Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In Giovanella et al. (orgs), Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Capítulo 3. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro. 2008.

14 Zerda A., Velásquez G., Tobar F., Vargas J. Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos - Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala [online] Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, 2001 [Consulta: 15 de mayo de 2012] Disponible en: http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2958s/4.1.1.html

rias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización y gestión. En comparación con los otros este modelo privilegia la función del Estado como proveedor Este modelo está presente en Inglaterra, Italia, Canadá, Francia, España y Brasil.

Seguros privados: el surgimiento de un servicio privado de intermediación entre usuarios (pacientes) y proveedores (servicios de salud) se fundamenta en algunas de las fallas características del mercado de la salud. La organización de un seguro permite diluir los riegos individuales de enfermedad en riesgos colectivos, de esta forma se puede garantizar a los asegurados el acceso oportuno a servicios de calidad sin que ello represente gastos inesperados y muchas veces insostenibles para el paciente. La tecnología administrativa que permitió su funcionamiento fue el desarrollo del cálculo actuarial que produce estimaciones de los valores a ser pagados mensualmente bajo la forma de primas de seguro. El país donde el sistema de seguros privados de salud ha alcanzado el mayor desarrollo es Estados Unidos de Norteamérica.

En la actualidad cuando se habla de seguros privados o seguros competitivos de salud se hace referencia a un esquema de protección en salud de elección y financiación individual. En este modelo hay ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. Tiene una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública, si bien esta tendencia se está revirtiendo. En comparación con los otros modelos este el modelo de seguros privados limita la acción del Estado a una escasa regulación.

La gestión de los medicamentos en los distintos sistemas de salud es organizada de acuerdo con las instituciones o actores involucrados y el tipo de relaciones que se establecen entre ellos. Para ilustrar esto, a continuación se describen brevemente la estructura y la gestión de medicamentos de tres sistemas de salud que siguen cada uno de los modelos antes mencionados: Reino Unido (sistema universalista), Alemania (seguro social) y Estados Unidos (seguros privados y asistencialista).

Reino Unido

El Reino Unido cuenta con un sistema único de salud, National Health Service (NHS), que provee atención universal a todos los residentes. El NHS con su equipo de ministros en el Departamento de Salud fija las directrices de la política

sanitaria y el presupuesto para cada condado. El sistema se financia en gran parte por impuestos (76%).

El área ejecutiva del NHS, es la responsable de aplicar la política, estableciendo los objetivos para el NHS y dirigiendo su actuación. Ésta se encuentra integrada por ocho oficinas regionales que controlan y dirigen la actuación de las autoridades sanitarias de su área. No obstante, la gestión de servicios está muy descentralizada. Tanto los médicos de familia, como los farmacéuticos son independientes y su relación con el NHS es contractual.

El componente fundamental es el programa de Atención Primaria, constituido por una red de centros, que no reemplazan los médicos de familia ni la atención hospitalaria sino que la complementan. Incluye prevención, consultas gratuitas, tratamiento de lesiones y enfermedades menores, información y consejería sanitaria. El sistema ofrece salud mental y hospitalizaciones, existe copago para unos pocos servicios (dentales y medicamentos de prescripción); los niños, ancianos, embarazadas, personas con alguna discapacidad o ciertas condiciones médicas y bajos ingresos están exentos de cualquier copago. Por otro lado, el 11,5% de la población compra seguros privados complementarios, principalmente para evitar los tiempos de espera, tener mejores estándares de confort y escoger los especialistas.

Dentro del sistema sanitario inglés, la asistencia hospitalaria la decide el médico general o de familia, el cual recibe su pago de acuerdo con los convenios de salarios nacionales.

Con relación a los medicamentos, la Ley de Medicinas de 1968 recoge todo lo referente a la prescripción, suministro y administración de medicamentos en el Reino Unido. Ésta se complementa con la Ley de Medicamentos (Farmacia y Venta General) de 1980 y la Ley de Medicamentos de Prescripción de 1997 («la Ley POM»)[16].

En estas normas se establece que los medicamentos de prescripción solo pueden ser dispensados por el farmacéutico, no pueden ser anunciados al público, existe una lista

15 The Kaiser Family Foundation, KaiserEDU.org. International Health Systems – United Kingdom [online] [Consulta: 15 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/International-Health-Systems/UK.aspx

16 Office of Fair Trading – OFT. UK. Medicines distribution [online] Diciembre de 2007 [Consulta: 15 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.oft.gov.uk/shared_oft/reports/comp_policy/oft967.pdf

nacional de los principios activos de estos medicamentos y solo las farmacias contratadas por el NHS pueden dispensarlos; se denominan farmacias comunitarias.

Los medicamentos de venta general que incluyen analgésicos en envases pequeños, medicamentos para el resfriado común, antiácidos pueden venderse en cualquier establecimiento, generalmente en droguerías y supermercados.

Las farmacias requieren de licencia de la Royal Pharmaceutical Society y los responsables deben estar colegiados, además deben solicitar permiso a las autoridades locales sanitarias y cumplir los estándares de conducta, ética y desempeño que aplica a todos los farmacéuticos en su práctica diaria quienes no pueden adquirir medicamentos a distribuidores no registrados en el Reino Unido. Se estima que en el país hay una farmacia por cada 4.700 personas[17].

Los hospitales pueden abrir también sus farmacias, siendo los farmacéuticos los responsables de la distribución y compra de los medicamentos, la información sobre los medicamentos, educación y formación, gestión del servicio hospitalario, el control de los presupuestos farmacéuticos en los hospitales y de la relación con el servicio de Atención Primaria. Dentro de los centros de salud, los farmacéuticos son responsables de la dispensación de medicamentos prescritos, del consejo en la prescripción a los médicos, de los formularios de prescripción local (posibilidad de dispensar un medicamento sin prescripción médica o bien para que éste la autorice) o el asesoramiento sobre medicamentos a los pacientes.

El NHS, fija los precios de medicamentos de marca mediante el sistema de regulación de precios, Pprs, por sus siglas en inglés. Los productores distribuyen a los mayoristas, generalmente con un descuento del 12,5% sobre las listas del NHS, que controla estos descuentos. Los mayoristas distribuyen a las farmacias y ofrecen descuentos alrededor del 10,5%. A las farmacias se les reembolsa a precios del NHS, captando esa parte de las ganancias.

El NHS define también los medicamentos a recomendar en las guías terapéuticas con base en evaluaciones del National Institute for Clinical Excellence (Nice) y publica

17 The Kaiser Family Foundation, KaiserEDU.org. International Health Systems – United Kingdom [online] [Consulta: 15 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/International-Health-Systems/UK.aspx

la lista de medicamentos financiables por el sistema, lista positiva, pero también se publica la lista negativa de medicamentos no financiables[18-19].

En el Reino Unido, el sistema nacional de salud a pesar de la descentralización, regula todos los procesos del sector farmacéutico para la prestación de los servicios farmacéuticos, desde la selección, definición de beneficios, guías terapéuticas, educación y difusión hasta la dispensación, existiendo una fuerte regulación de precios de medicamentos en la cadena de distribución. Las funciones de los farmacéuticos están claramente definidas y juegan un papel muy importante en el componente de Atención Primaria que es el componente fundamental del sistema y están comprometidos con los estándares internacionales de las buenas prácticas de farmacia de la Federación Internacional Farmacéutica.

Alemania

El sistema de salud alemán consiste en un sistema de seguridad público-privado financiado por empleadores y trabajadores con subsidios del gobierno, la cobertura es obligatoria y universal para todos, incluyendo trabajadores temporales que residan en Alemania y garantiza atención médica en emergencias, atención de largo plazo y atención básica[20].

Los "fondos de enfermedad" sin ánimo de lucro ofrecen cerca de 200 opciones de planes de aseguramiento, con amplia cobertura, incluyendo beneficios de bienestar. Las opciones de aseguramiento para servicios dentales y en hospitales privados son usadas por el 7% de la población.

El sistema es financiado principalmente por el impuesto al ingreso mensual de trabajadores y empleadores (10-15%) y copagos a médicos individuales, el gobierno subsidia la cobertura de desempleados y residentes pobres.

18 United Kingdom, Department Health. Trading medicines for human use: Shortages and supply chain obligations [online] December 2010. Gateway number 15176 [Consulta: 20 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_122741

19 El modelo sanitario del Reino Unido In: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, El Global, Farmaindustria. El medicamento en el mundo: Europa y Estados Unidos. Capítulo 10 [online] Madrid, 2002 [Consulta: 22 de mayo de 2012] Disponible en: http://www3.elglobal.net/servicios8b.asp#libro001

20 The Kaiser Family Foundation, KaiserEDU.org. International Health Systems – Germany [online] [Consulta: 15 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/International-Health-Systems/Germany.aspx

Los seguros públicos cubren la mayor parte del costo de las medicinas de prescripción. No hay lista de medicamentos positiva, solo negativa en la que están incluidos medicamentos de venta libre y los relacionados con el estilo de vida, por ejemplo, los medicamentos para la obesidad, de poca eficacia y otros que se definen en un catálogo. Existe por el contrario un listado de medicamentos para el ámbito hospitalario.

En algunos casos el paciente paga una pequeña cantidad de dinero por cada medicamento, dependiendo del costo. Si los ingresos brutos mensuales están por debajo de un cierto nivel, puede que esté exento de pagar cargos adicionales por las prescripciones. Si se tiene un seguro público, sólo se realiza un pago nominal por el tratamiento y las medicinas, ya que éstas serán abonadas por la compañía de seguros. Si se trata de un seguro privado, se pagan los servicios del médico y los costos de las medicinas y luego se envían los recibos a la compañía de seguros que hará un reembolso.

La mayoría de las regulaciones se describen en el Social Code Book V (SGB V) tanto para pacientes hospitalarios como para ambulatorios, siendo más complejo el reembolso para estos últimos[21].

Las negociaciones de medicamentos pueden ser organizadas por separado entre los proveedores y el Statutory Health Insurances (SHI). El impacto fundamental de estas negociaciones para la industria del cuidado de la salud es el hecho de que casi el 90% de la población alemana está asegurada por el sistema público y que varios aseguradores negocian colectiva y uniformemente.

The Joint Federal Committee (GBA), además de la regulación de los precios en toda la cadena de distribución que se aplica en el mercado farmacéutico ambulatorio, ha establecido instrumentos que incluyen descuentos, precios de referencia para medicamentos con la misma o similar substancia o de eficacia comparable, substitución por parte del farmacéutico (por un producto de menor precio con el mismo principio activo, a menos que el médico lo prohíba explícitamente, pero en todo caso el sustituto debe tener la misma indicación), reducción de copagos como incentivo para algunos medicamentos negociados que se encuentran en catálogo, las restricciones presupuestales por región y los puntos de referencia por paciente y médico, las negociaciones

21 Dauben H., Dietz U., Baumann S., Stargardt T., Busse R., Rosian-Schikuta I., Lyager T. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information Project Germany Pharma Profile Finial version [online] May 2008 [Consulta: 20 de mayo de 2012] Disponible en: http://ppri.goeg.at/Downloads/Results/Germany_PPRI_2008.pdf

de SHI y productores para algunos medicamentos e incentivos a los médicos para su aplicación.

A pesar de la existencia de los precios de referencia para medicamentos, el productor es libre de decidir los precios de su producto. La diferencia entre el precio de referencia es pagado por el asegurado, además del copago. Solo el 7,1% de los productos farmacéuticos disponibles en el mercado fueron pagados por encima del precio de referencia en el 2005[22].

A los mayoristas y farmacias se les impone la regulación de precios, cuyos márgenes son legalmente definidos para los medicamentos de prescripción y los de no prescripción excepcionalmente cubiertos por SHI. Para los no cubiertos, el precio es libre en todos los niveles de proveedores.

A partir de enero de 2011, cuando entró en vigor la ley "para un nuevo orden en el mercado farmacéutico", por primera vez los precios de los medicamentos alemanes se podrán referenciar a los de Reino Unido, Francia, España e Italia. En el 2011 según informe de ABDA, el margen de las farmacias, fue de 15,4 %, el de los mayoristas de 5,6%, el de la industria 65% y los impuestos de 16%[23].

El sistema de seguridad social de Alemania si bien es federalizado, es fuertemente regulado, especialmente para la atención ambulatoria. En el sistema público el plan de beneficios está definido por las autoridades, así como las estrategias de contención de costos, los estándares de calidad armonizados con la regulación de la Comunidad Europea y los farmacéuticos ejercen bajo las directivas de ABDA.

Estados Unidos

En los Estados Unidos el sistema de salud está dividido entre el sistema privado y el público[24]. El sistema público posee un esquema asistencialista representado en el Medicaid, y un esquema de seguro social centralizado representado en el Medicare,

22 Op. cit.

23 II Task-Force de políticas farmacéuticas innovadoras en el entorno europeo [online] Barcelona, 23 de Noviembre de 2010 [Consulta: Mayo 25 de 2012] Disponible en: http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/farmacia/TASKFORCE/task_force2_es.pdf

24 Torres-Carvajal R. Informe "EL SISTEMA DE SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS", auspiciado por el programa de Liderazgo de las Américas de American Airlines. Universidad de Texas. 2002.

mientras que el sistema privado posee básicamente un esquema de seguros de salud, donde participan las empresas aseguradoras y las Organizaciones de Mantenimiento de Salud (HMO, por su sigla en inglés).

El sistema de salud de los Estados Unidos, es ampliamente cuestionado en cuanto al cumplimiento de sus objetivos básicos. De hecho Estados Unidos es el único país desarrollado que no provee servicios de salud a todos sus ciudadanos y se estima que más de 42 millones de estadounidenses no tienen acceso a los mínimos servicios de salud[25]. A lo anterior puede sumarse el hecho, que el sistema de salud estadounidense a pesar de ser casi el doble de costoso que el promedio mundial, ha fallado en proveer a sus ciudadanos de un sistema de salud eficiente, justo, y accesible.

Con relación específicamente a los medicamentos, el Medicare es el único tipo de institución en el sistema de salud norteamericano que no incluye medicamentos ambulatorios, los demás participantes de ambos sistemas sí los incluyen, aunque con un alto copago.

En el sector privado las prescripciones son reclamadas por el paciente en la farmacia y el seguro cubre su valor con diferentes esquemas de pago compartido y exclusiones, que dependen del tipo de seguro del individuo o de la empresa. Sin embargo, de manera creciente han florecido en el sistema americano una serie de empresas que realizan una intermediación entre los aseguradores, los laboratorios farmacéuticos y los pacientes. Las PBM (Pharmaceutical Benefits management) se originaron en Estados Unidos durante la década de 1970 para servir como intermediarios fiscales. En la actualidad estas empresas realizan diversas actividades; negocian descuentos con los fabricantes de productos farmacéuticos, proporcionan análisis de utilización de medicamentos y manejo de la enfermedad y en algunos casos, promueven la sustitución genérica y crean listados que alientan o incluso requieren que los participantes del plan de salud den un uso preferente a los productos incluidos en el listado para el tratamiento de sus condiciones de salud entre otros servicios[26-27].

25 The U.S. Health Care System: Best in the World, or Just the Most Expensive? University of Maine, Bureau of Labor Education [online] 2001 [Consulta: Mayo 30 de 2012] Disponible en: http://umaine.edu/ble/files/2011/01/US-healthcare-system.pdf

26 Angalakuditi M., Gomes J. Retrospective drug utilization review: impact of pharmacist interventions on physician prescribing. Clinicoecon Outcomes Res. 2011; 3: 105-8.

27 Snook T., Filipek T. Pharmacy benefit management: Pros and cons of various approaches. Milliman White Paper [online] Mayo 2011 [Consulta: mayo 20 de 2012] Disponible en: http://publications.milliman.com/research/health-rr/pdfs/pharmacy-benefit-management-pros.pdf

Contexto nacional

El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social y un decreciente sector exclusivamente privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sgsss) con sus dos regímenes, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS). El RC afilia a los trabajadores asalariados y pensionados y a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS afilia a todas las personas sin capacidad de pago. En 2010 las coberturas fueron de 39,7% y 51,4% de la población total, respectivamente. Los Regímenes Especiales (RE) afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), el Magisterio y las universidades públicas[28].

La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (Eapb) antes llamadas Entidades Promotoras de Salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y son las encargadas de "organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional"[29]. La red organizada por cada Eapb debe garantizar el acceso a los servicios, insumos y medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio Salud (POS).

Para obtener los medicamentos en el sistema el usuario debe obtener la prescripción por parte del médico tratante y acercarse a un punto de entrega de medicamentos o servicio farmacéutico que haya establecido un convenio o contrato de entrega con la Eapb a la cual el usuario se encuentra afiliado. En este lugar el usuario debe entregar la prescripción y cancelar un valor que se denomina cuota moderadora, cuando corresponde. Cumplido este trámite el usuario obtiene los medicamentos necesarios de acuerdo con su estado de salud.

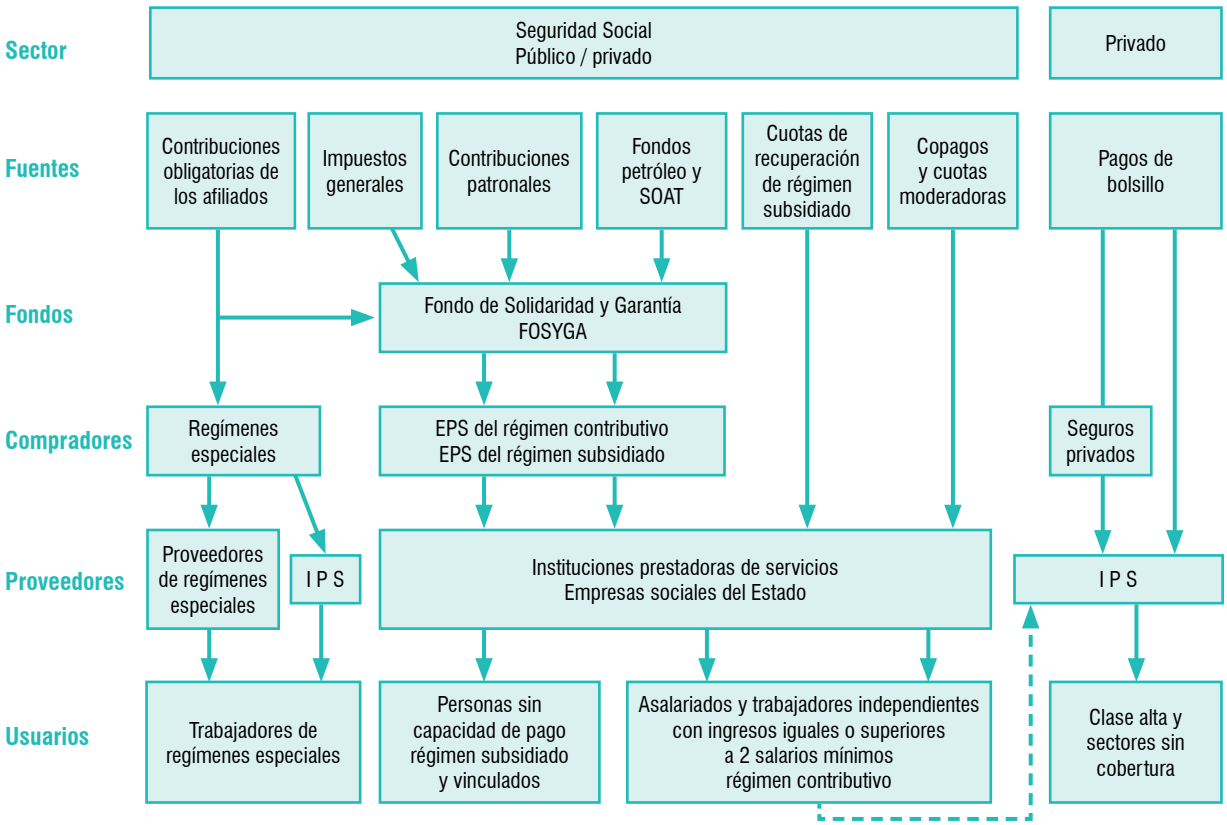
28 Guerrero R., Gallego AI, Becerril-Montekio V., Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Pública Mex 2011;53 supl 2:S144-S155

29 Colombia, Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [online] Bogotá, diciembre 23 de 1993 [Consulta: Mayo 3 de 2012] Disponible en: http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf

Para entender la dinámica de la entrega de medicamentos para los usuarios del sistema de salud colombiano, es importante comprender la estructura general del sistema, la figura 1 describe los actores de dicho sistema y las funciones que desempeñan los mismos.

Figura 1

Estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia



SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Transito

Regímenes especiales: fuerzas militares, Policía Nacional, Empresa Colombiana de Petróleos, magisterio, universidades

EPS: Entidades Promotoras de Salud

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios

Fuente: Sistema de Salud de Colombia, Revista Salud Pública de México. 2011.

En el caso particular de los medicamentos, esta nueva organización del sistema modificó la dinámica del mercado farmacéutico, dado que antes de la Ley 100 el Instituto de Seguro Social (ISS) era el mayor comprador de medicamentos del país y era el que usualmente centralizaba negociaciones, pero luego, con la creación de las EPS, surgió la necesidad de empresas que se encargaran de la gestión de estos productos, para que los aseguradores pudieran cumplir con la obligación de entregar los medicamentos a los usuarios del Sgsss.

Como se observa en la figura 1, las EPS e IPS tienen una relación directa con las empresas dedicadas al suministro de medicamentos. En algunas ocasiones son las mismas Eapb las que crean o favorecen la creación de este tipo de empresas con el fin de obtener mayores beneficios en la prestación de los servicios que ofrecen a sus usuarios. La gran mayoría fueron creadas a partir de iniciativas privadas que identificaron el mercado potencial de la prestación de servicios farmacéuticos, a partir de la normatividad emitida que regula a los medicamentos y a los actores que hacen parte de la cadena de abastecimiento y su relación con el sistema de salud[30].

Estas empresas, que han recibido diferentes denominaciones, operadores logísticos, administradoras de beneficios farmacéuticos, distribuidores especializados y que en adelante denominaremos Empresas de Gestión de Servicios Farmacéuticos (Egsf) se han convertido, luego de casi 20 años de implementación de la Ley 100, en un agente importante de la cadena de abastecimiento del sector farmacéutico ya que proveen un doble efecto sobre la cadena productiva, la reducción de costos y la generación de valor agregado, y es generalmente aceptado el concepto que "el grado de especialización de las funciones de los intermediarios en la cadena de abastecimiento de medicamentos, da un valor agregado diferente en el servicio que prestan cada uno de ellos"[31].

La regulación del mercado institucional de medicamentos en Colombia es ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social que es el máximo organismo de dirección del Sistema de Seguridad Social en Salud. Algunos estudios que han hecho una aproximación teórica al tema de los operadores logísticos (OL) que ofrecen servicios

30 Torres Valdivieso S., García Cáceres R. "Formas de gobernación de la cadena de abastecimiento: revisión bibliográfica y propuesta de modelo de investigación" Cuadernos de Administración., Vol. 21 No. 35, pp. 65-91, Bogotá, Colombia. 2008.

31 Ibíd.

que implican el manejo de medicamentos, consideran como principales características, desde el punto de vista legal, de estas empresas las siguientes[32]:

- Son establecimientos comerciales que deben cumplir con el código sanitario.
- No se consideran propiamente como establecimientos farmacéuticos aunque cuando adquieren un contrato de 'Outsourcing' deben cumplir con las condiciones y la normatividad sobre el proceso que vayan a ejecutar, así como cumplir con el manual de condiciones especiales y procedimientos del servicio farmacéutico.
- Si el OL realiza procesos de transporte o distribución deben tomar todas las precauciones para la manipulación del medicamento dependiendo de su naturaleza.
- Los OL que manejen medicamentos de control serán vigilados y controlados por parte del Ministerio de Protección Social y deberán ceñirse a normas de manejo y distribución.
- Son establecimientos comerciales que no requieren licencia de funcionamiento puesto que no son fabricantes.
- El Químico Farmacéutico se encuentra en la capacidad de controlar y vigilar los procesos como almacenamiento, distribución y transporte de medicamentos para asegurar la integridad del producto.

En Colombia se tienen reportes de la intención del Ministerio de la Protección Social de implementar un sistema de Administración de Beneficios Farmacéuticos (PBM por sus siglas en inglés) desde mediados del año 2009. Modelo de administración que funciona en la actualidad en el sistema de salud norteamericano, como mencionamos anteriormente[33].

32 Cortés J. E., Vallejo B, Olaya E "Estudio descriptivo de los Operadores Logísticos como componentes emergentes dentro de la cadena de valor del medicamento en Bogotá" Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. 2010.

33 Ministerio de la Protección Social "Aviso de terminación del proceso de invitación pública no. 2 de 2010, cuyo objeto es la contratación de una empresa para el desarrollo de la metodología de administración de beneficios farmacéuticos (PBM por sus siglas en inglés) para su implementación en el sistema de salud colombiano para eventos No POS del régimen contributivo, de manera exclusiva dentro del territorio colombiano" Bogotá, Colombia. 2010.

La similitud entre algunas de las actividades comerciales que realizan las PBM y las empresas dedicadas a la entrega de medicamentos a los usuarios del sistema de salud en Colombia, es un incentivo que ha llevado incluso a que PBM con origen en otros países intenten ingresar en el mercado colombiano de manejo de medicamentos, y plantea la posibilidad de caracterizar a las empresas colombianas, como Administradoras de Beneficios Farmacéuticos dentro del modelo colombiano de atención en salud.

Es importante establecer que para la prestación de servicios de salud en el marco del Sgsss, el Ministerio de la Protección Social ha establecido la obligatoriedad por parte de las IPS, del cumplimiento de unas normas mínimas de calidad contenidas en el Sistema Único de Habilitación y cuyos estándares para la certificación de su cumplimiento se encuentran contemplados en la Resolución 1043 de 2006. Sin embargo, aún existe un debate no resuelto acerca de si todos los lugares donde se dispensen o entreguen medicamentos o donde se ofrezcan otros servicios de salud relacionados directamente con los medicamentos como las actividades de asistencia farmacéutica, deben ser considerados como IPS y por lo tanto, si estos deben o no habilitarse para ofrecer dichos servicios a la población usuaria del sistema de salud.

Origen de los servicios farmacéuticos en Colombia

Mediante la Ley 11 de 1927 se creó la Escuela de Farmacia, como dependencia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional en Bogotá, que inició actividades en 1929 bajo la tutela de Andrés Bermúdez. Al revisar la legislación farmacéutica del país no se identifican los servicios farmacéuticos como un establecimiento farmacéutico. Los establecimientos regulados o definidos en la legislación se circunscriben a farmacia, farmacias droguerías, boticas asistenciales, laboratorios, agencia de especialidades farmacéuticas y mayoristas (Decreto 2169 de 1949, Ley 23 de 1962, Decreto 1950 de 1964, Ley 47 de 1967 y Decreto 033 de 1969, Ley 8 de 1971 y Decreto 1297 de 1972, Ley 17 de 1974 y Decreto 282 de 1975, Ley 9 de 1979 y Decreto 2092 de 1986, Decreto 1524 de 1990).

Solo en la Ley 212 de 1995 se habla de farmacias hospitalarias y farmacias de instituciones y entidades hospitalarias que presten servicios de salud de 2° y 3° nivel. De hecho César Moreno en su *Visión Histórica de la Farmacia en Colombia*[34] evidencia cómo el componente tecnológico e industrial de la década de los 50 margina el componente

34 Moreno, César. Op. Cit.

de la práctica hospitalaria que se tenía entre 1929 y 1938 del pensum de la carrera de Farmacia, lo que refuerza la afirmación de que es la Ley 100 la que trae al ámbito de la salud pública los servicios farmacéuticos.

Esto quizás se deba a que el Instituto de Seguros Sociales aportó elementos importantes para la creación del sistema de seguridad en salud del país y específicamente en el campo de los medicamentos, tales como el uso de la Denominación Común Internacional (DCI), la definición de un listado nacional de medicamentos, la inspección de buenas prácticas de manufactura a sus laboratorios proveedores y otros elementos dentro de los servicios farmacéuticos que organizó el doctor Enrique Núñez Olarte, quien fuera Jefe del Departamento de Servicios Farmacéuticos desde 1971, cargo que ejerció por 10 años en esa institución. En el Decreto 1650 de 1977, por el cual se determinan el régimen y la administración de los seguros sociales obligatorios, y se dictan otras disposiciones se definen las prestaciones para los riesgos de enfermedad en general y maternidad, incluyendo de manera explícita entre otras, la asistencia médica, quirúrgica, odontológica, ***farmacéutica*** y de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento de los beneficiarios[35].

De acuerdo con la reseña del profesor Alfonso Rodríguez[36], la farmacia hospitalaria habría sido creada después de 1967 cuando un grupo de químicos farmacéuticos asistió a un entrenamiento a bordo del barco Hope que ancló en Cartagena con profesionales norteamericanos. La Universidad de Cartagena con el convenio Hope organizó cursos de Farmacia Hospitalaria. Posteriormente los doctores Oramas y Rodríguez fueron comisionados por la Universidad Nacional para tomar el curso. Ya en Bogotá, en compañía de la doctora Sline y en coordinación con las directivas del Hospital San Juan de Dios, se realizaron varias reuniones de donde salió el proyecto "Creación y estructuración del Servicio Farmacéutico del Hospital San Juan de Dios".

Bajo la dirección del doctor Jaime Oramas se introdujo el curso de Farmacia Hospitalaria en la Universidad Nacional, aumentando los programas en esta área y el número de profesores.

En el campo de lo privado, la Fundación Santa Fe de Bogotá que inició labores en 1983 contaba con un servicio farmacéutico con los más altos estándares para esa época.

35 Véase: http://www.med-informatica.com/CIDMED-BIS-data/CurriculumDrENO.htm

36 Moreno César. Op. Cit.

Una vez promulgada la Ley 100 de 1993 que creó el Sgsss, desde la primera estructura orgánica del Ministerio de Salud y Protección Social en la Dirección General para el Desarrollo de Servicios, se creó la Subdirección de Servicios Farmacéuticos y de Laboratorios, la cual tenía, entre otras, la función de proponer normas y procedimientos para el control de la calidad de los servicios farmacéuticos, promover la atención farmacéutica, formular políticas que regulen y controlen el desarrollo y prestación de estos servicios en los ámbitos ambulatorios y hospitalarios, según el Decreto 1292 de 1994[37]. Para 1999 mediante el decreto 1152 de 1999[38], se suprime la subdirección y solamente queda la Dirección General de Desarrollo de la Prestación de Servicios de Salud.

Mediante el Decreto 205 de 2003, todas las funciones de la calidad de la prestación de servicios pasan a la Dirección de Calidad de Servicios, articulando los servicios farmacéuticos al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y, finalmente, en el año 2011, con los Decretos 4107 y 4108 de 2011, se crea la Dirección de Medicamentos y Tecnologías cuya función entre otras es la de establecer los lineamientos y orientaciones de política de los servicios farmacéuticos en consonancia con los estándares de habilitación y acreditación.

Este periodo, desde la Ley 100 hasta nuestros días, es el único en el que se define y regula por parte de Estado colombiano la calidad en la prestación de estos servicios.

La Política Farmacéutica Nacional emitida por el Ministerio de la Protección Social en el 2003[39] propone el desarrollo del servicio farmacéutico ajustado al modelo de prestación de servicios de salud dentro del sistema y en el ámbito comercial con énfasis en la promoción del uso adecuado. Es así como en el 2005, mediante el Decreto 2200[40]

37 Colombia, Ministerio de Salud. Decreto 1292 de 1994, Por el cual se reestructura el Ministerio de Salud [online] Bogotá, junio 22 de 1994 [consulta: Mayo 25 de 2012] Disponible en: http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/DECRETOS/1292%2094.pdf

38 Colombia, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Decreto 1152 de 1999, Por el cual se reestructura el Ministerio de Salud como Organismo de Dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [online] Bogotá. Junio 29 de 1999 [consulta: Mayo 25 de 2012] Disponible en: https://www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/decreto/decreto_1152_1999.html

39 Colombia, Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Política Farmacéutica Nacional [Online]. Bogotá, 2003. [Consulta: 20 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POLÍTICA%20NACIONAL%20FARMACÉUTICA.pdf

40 Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 2200 de 2005 Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. [Online]. Bogotá 28 de junio de 2005. [Consulta: 20 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/2005/junio/28/dec2200280605.pdf

se reglamenta el Servicio Farmacéutico y, posteriormente, la resolución 1403 de 2007[41] adopta el modelo de gestión y el manual de condiciones esenciales, que complementan y especifican lo establecido en el manual de estándares de las condiciones tecnológicas y científicas del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del sistema de seguridad social y en desarrollo de la Ley 100 de 1993.

41 Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 1403 de 2007 Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones. [Onine]. Bogotá D.C., 14 de mayo de 2007. [Consulta: 20 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%201403%20de%202007.pdf

Hipótesis

Las instituciones y Empresas de Gestión de Servicios Farmacéuticos (Egsf), han significado un avance en el desarrollo del sistema de salud en Colombia en la medida en que han agregado valor, en términos de contribuir al desarrollo de los Servicios Farmacéuticos y han sido un factor de control del gasto.

Objetivos

1. Describir las modalidades de desarrollo de los servicios farmacéuticos en Colombia, en el marco del Sgsss.

2. Evaluar si las Empresas de Gestión de Servicios Farmacéuticos han ofrecido valores agregados que permiten un mejor funcionamiento (dispensación, seguimiento fármaco terapéutico, gestión clínica, sistemas especializados de información) del sistema de salud en el tema de medicamentos.

3. Evaluar en qué medida las Cooperativas de Hospitales han cumplido funciones de intermediación reduciendo costos y generando valor agregado (especialmente en el desarrollo de los servicios farmacéuticos) para el sector público.

4. Comparar las actividades que realizan las entidades que hacen gestión de medicamentos en el Sgsss de Colombia con las realizadas por las Empresas de Administración de Beneficios Farmacéuticos de los Estados Unidos.

5. Establecer si el marco normativo existente para los productos, los establecimientos y la prestación de servicios han sido un motor para el desarrollo de este tipo de empresas, o si por el contrario ha sido un freno.

6. Analizar si, y en qué medida, las empresas de gestión de servicios farmacéuticos han reducido costos al Sgsss gracias a su capacidad de negociación con los laboratorios.

7. Explorar la existencia de producción académica y científica a partir de la experiencia de las Egsf en Colombia.

Metodología

Tipo de estudio: estudio descriptivo de corte transversal.

Para el desarrollo de este trabajo se recopiló información de fuentes secundarias y primarias relacionadas directa o indirectamente con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sgsss.

Identificación de las instituciones objeto del estudio. Inicialmente se recopiló la información registrada en el sistema de información del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Sgsss publicada en el sitio web oficial del Ministerio de la Protección Social, con el fin de identificar los servicios farmacéuticos privados que están habilitados para la dispensación ambulatoria de productos farmacéuticos a los usuarios. Posteriormente, se ingresó a cada uno de los sitios web de las diferentes Empresas Promotoras de Salud (EPS), con el fin de identificar los encargados, en cada EPS, del manejo y entrega de medicamentos. Otra fuente de información utilizada fue el sitio web del Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), donde se identificaron las diferentes empresas que cuentan con aprobación para la elaboración de mezclas enterales y parenterales, y para la adecuación y re-empaque de dosis de medicamentos. Se incluyeron las Cooperativas de los Hospitales públicos en el estudio por jugar un papel importante en el sector público regional.

No consideramos procedente establecer una muestra dado el carácter relativamente heterogéneo de las empresas y Cooperativas de Hospitales y dada la posibilidad de obtener información primaria y secundaria de la virtual totalidad de ellas.

Posteriormente, se recopiló la información económica suministrada en la revista *Dinero* en sus ejemplares de 2008 a 2011, donde se describen las 5.000 empresas más grandes de Colombia. En esta fuente de información se tomó como referencia las empresas que habían sido identificadas y que se encuentran reportadas en las tablas de comercio al por mayor de productos farmacéuticos y comercio al por menor de estos mismos productos. Seguidamente se revisó el Registro Único empresarial para identificar el código de la actividad comercial de las empresas identificadas.

Para completar los datos de las empresas y cooperativas, se elaboró un formulario de encuesta que recoge todas las actividades propias de los Servicios Farmacéuticos (SF) de acuerdo con los estándares de la Federación Internacional Farmacéutica y la normatividad colombiana, el cual hace parte de este documento.

Para la comparación de las actividades relacionadas con el SF que realizan las empresas de Colombia con la que realizan las empresas de administración de beneficios farmacéuticos en Estados Unidos se hizo un inventario de actividades de éstas a partir de una revisión bibliográfica

Para el análisis del impacto de las EGSF en la reducción de costos se utilizaron diversas fuentes incluyendo la revisión de modelos de contratación, la base de datos Sismed especialmente en lo relacionado con los gastos en medicamentos **No POS** (disponible en la página web del Ministerio de Salud)[42], los reportes de la defensoría del pueblo[43] y "Así Vamos en Salud"[44], el estudio realizado por Fedesarrollo sobre el financiamiento del sector salud[45], la información del Msps en el estudio de suficiencia de la UPC de 2010[46], y, finalmente, el estudio realizado por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional en el mismo año[47].

42 SISMED. Componente de medicamentos del sistema de información de protección Social SISPRO. Disponible en : http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema%20de%20Informaci%C3%B3n%20de%20Precios%20de%20Medicamentos.aspx

43 Defensoría del pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2011. - 20 años del uso efectivo de la tutela. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutelaDerechosSalud2011a.pdf

44 Así vamos en salud. Cómo va la salud en Colombia. Reporte anual 2010. Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/media/santafe/publicacion/374b0fe5cd7a9391ee7ef8aaf49c6683.pdf

45 Fedesarrollo. Núñez Jairo et al. La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. Dinámica del gasto y principales retos hacia el futuro. Julio de 2012. Disponible en http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-2012-Completo.pdf

46 Ministerio de la Protección Social. Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011. Bogotá diciembre de 2010. Disponible en: http://www.pos.gov.co/Documents/Estudio_Suficiencia_POS_UPC_2009_Def.pdf

47 Comisión de Regulación en Salud. CRES. Centro de investigaciones para el desarrollo CID. Universidad Nacional de Colombia. Análisis de la metodología de cálculo y estudio de la suficiencia de la UPC. Dic de 2009. Disponible en : https://www.google.com/url?q=http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdos2009/Informe%2520def%2520UPC%2520dic%252030a9.pdf&sa=U&ei=LhPGUK2PLK6TiAeQn4C4CQ&ved=0CAkQFjAB&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNGH_CukMyVJohEsRbYr43ujlJmaqA

Por último, se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos de publicaciones científicas para evaluar la producción académica de las EGSF. Para caracterizar la divulgación de actividades de investigación desarrolladas por las empresas estudiadas, se realizó una búsqueda en la base de datos Scielo utilizando como palabras clave atención farmacéutica, farmacovigilancia y Colombia. También fueron buscados los resúmenes de trabajos presentados en los congresos nacionales relacionados con el uso racional de medicamentos, Atención Farmacéutica y Farmacovigilancia a nivel nacional. Se identificaron cuatro eventos y se contactaron a las entidades responsables de los mismos.

Para complementar la información se realizó una búsqueda en la base de datos InstituLAC de la plataforma Scienti de Colciencias para revisar si las empresas incluidas en el estudio han avalado grupos de investigación.

Resultados

Servicios farmacéuticos habilitados en SOGC del SGSSS

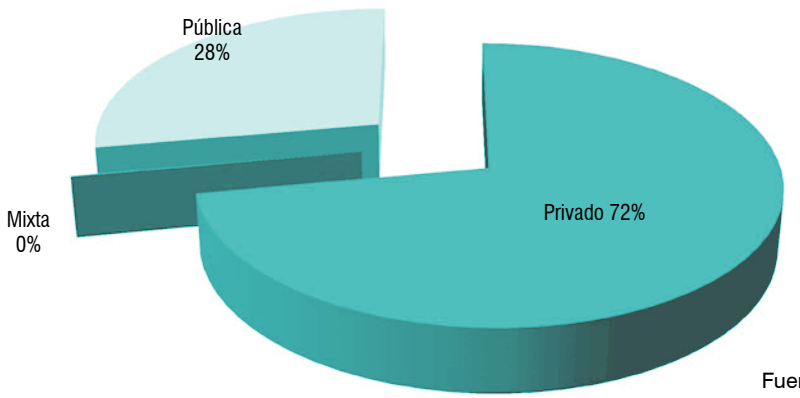
El sistema de información del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), reporta 4.351 servicios farmacéuticos habilitados en Colombia; de ellos, 3.699 (85%) están habilitados para la atención ambulatoria de pacientes y el resto (15%) para la atención hospitalaria. Del total de establecimientos farmacéuticos habilitados que reportan prestación ambulatoria de servicios, 683 (18,5%) ofrecen simultáneamente la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios; mientras que los restantes 3.016 (81,5%) solo reporta la prestación de servicios ambulatorios.

Naturaleza jurídica de los servicios farmacéuticos

Un análisis del tipo de personería jurídica de los 3.016 servicios farmacéuticos que solo ofrecen la prestación ambulatoria de servicios, muestra que un 72,1% son de naturaleza jurídica privada, un 27,7% son de naturaleza jurídica pública y el 0,1% son de naturaleza jurídica mixta. Estos porcentajes se encuentran descritos en la figura 2, lo que daría a entender que los medicamentos son manejados en el sistema básicamente por actores privados y que no se presentan en mayor medida alianzas entre el sector público y privado para la creación de servicios farmacéuticos que se encuentren habilitados.

Figura 2

Tipo de Personería Jurídica de los establecimientos farmacéuticos habilitados que solo reportan la prestación ambulatoria de servicios



Fuente: elaboración propia

Los 2.175 servicios farmacéuticos privados habilitados que solo ofrecen atención ambulatoria, fueron habilitados por 1.226 personas jurídicas o naturales diferentes, de las cuales tan solo ocho corresponden con personas naturales. Sin embargo, estos datos no deben darnos la idea que en promedio cada persona jurídica habilita dos establecimientos; en realidad existe un gran número de personas jurídicas que habilitan tan solo un servicio y unas pocas personas jurídicas que habilitan varios servicios conformando una red.

Clasificación de empresas de acuerdo con la actividad económica registrada en el RUE

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizó como enfoque metodológico la segmentación de los servicios que son ofrecidos por diferentes empresas relacionadas con el manejo de medicamentos. Los servicios identificados son:

- **Venta de medicamentos al por mayor a los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud**

La venta al por mayor de productos farmacéuticos de uso institucional, es una actividad que es desarrollada por los establecimientos que en Colombia son denominados depósitos de drogas. Estos son los establecimientos comerciales dedicados exclusivamente de acuerdo con la normatividad a la venta de medicamentos, dispositivos médicos y productos autorizados. Dentro de los resultados del presente estudio se identificaron 40 firmas que realizan la venta de productos farmacéuticos a diferentes agentes e instituciones del sistema de salud. Es importante mencionar que estas empresas no solo realizan la venta al por mayor de productos de uso institucional, sino que además dentro de sus portafolios de servicios, ofrecen la venta de productos farmacéuticos a establecimientos dentro del canal privado y además han incursionado fuertemente en el ofrecimiento de servicios como la dispensación y/o entrega de medicamentos por medio de contratos revisados por internet en el portal de contratación tanto con EPS como con IPS. Esto se pudo confirmar con la aplicación de las encuestas.

- **Servicios de dispensación y/o entrega de medicamentos**

Dentro del proceso de investigación, se identificaron 24 empresas que ofrecen el servicio de dispensación y/o entrega de medicamentos. Seis de estas empresas comparten la clase anterior de venta al por mayor.

La dispensación en el ámbito internacional es entendida como el acto profesional de la entrega del medicamento correcto, al usuario indicado, en el momento oportuno, acompañado de la información para el correcto uso del mismo y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos buscados. Vale la pena destacar que algunas de las empresas relacionadas con el manejo de medicamentos han implementado metodologías de farmacovigilancia para la identificación de efectos adversos o de posibles interacciones de los fármacos prescritos, pero dichos sistemas están diseñados para realizar intervenciones posteriores al proceso de dispensación y/o entrega de medicamentos.

- **Tercerización (Outsourcing) del servicio farmacéutico**

Otras empresas que son objeto de esta investigación son aquellas dedicadas a contratar servicios de outsourcing del servicio farmacéutico. El outsourcing consiste en que una empresa contrata a una agencia o firma externa especializada, para hacer algo en lo que no se especializa. Esta modalidad de relación entre las empresas que manejan los medicamentos y las instituciones prestadoras de servicios de salud ha ganado cada vez más un posicionamiento, dado que resuelve problemas relacionados con el manejo de medicamentos al interior de las instituciones de salud pero a su vez permite un control mayor por parte del contratante de los servicios. Esta clase es difícil de diferenciar de la anterior. En los contratos revisados en el portal de contratación, algunas entidades aseguradoras de regímenes especiales como las fuerzas armadas, Ecopetrol, Unisalud y otras contienen una cláusula de exigencia de la normatividad colombiana sobre servicios farmacéuticos aunque el contrato se denomine de suministro de medicamentos.

- **Suministro y dispensación**

En la investigación acerca de los productos especiales que son ofrecidos por medio de la modalidad de prestación de servicios, se identificó la elaboración de productos magistrales. Dentro de este grupo de productos se observa como principal servicio ofrecido la prestación del servicio de elaboración de fórmulas de nutrición parenteral.

La nutrición parenteral consiste en el aporte de nutrientes al organismo por vía venosa, de tal forma que éstos llegan directamente al torrente sanguíneo, evitándose el proceso digestivo y el filtro hepático. Esta es una técnica de alto costo con riesgo de complicaciones graves para el paciente, por lo cual está reservada para situaciones

muy especiales, y se utiliza básicamente dentro de los procesos de soporte nutricional al paciente crítico. Aunque existe otra modalidad de soporte nutricional como es la nutrición enteral, ésta es menos usada dentro de nuestro medio.

La elaboración de estos productos farmacéuticos especiales mencionados anteriormente requiere en Colombia de la certificación de las buenas prácticas de elaboración expedido por el Invima. Este proceso de certificación es considerado costoso por las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto por el trámite mismo que requiere la certificación, como por las adecuaciones locativas necesarias para cumplir con los requisitos establecidos en la normatividad vigente. Es por ello que muchas instituciones prefieren la subcontratación del servicio con el fin de ofrecer a sus pacientes los productos necesarios sin incurrir en grandes costos de inversión.

Otros procesos especiales relacionados con los medicamentos incluyen la adecuación de dosis, tanto para pacientes pediátricos, como para la administración de medicamentos especialmente los oncológicos y la terapia biológica.

Las empresas que se encuentran certificadas para la elaboración de productos magistrales en todas sus modalidades son 14 y 4 de ellas se encuentran relacionadas en la clase anterior.

- **Ofrecimiento de paquetes de atención a pacientes especiales**

Por último se identificaron 17 Egsf, de las cuales 4 comparten las 2 clases anteriores que ofrecen el manejo de terapias especiales a pacientes ambulatorios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se consideran terapias especiales aquellas que implican mayores riesgos de seguridad para el paciente ambulatorio o que son consideradas como alto costo. Estás empresas que ofrecen el manejo de estas terapias deben incurrir en altos costos administrativos debido a los métodos de control que deben establecerse, tanto para manejar los riesgos implícitos de seguridad del paciente con la utilización de los productos, básicamente los relacionados con la terapia oncológica, como para manejar la auditoria administrativa relacionada con el manejo de los productos de alto costo.

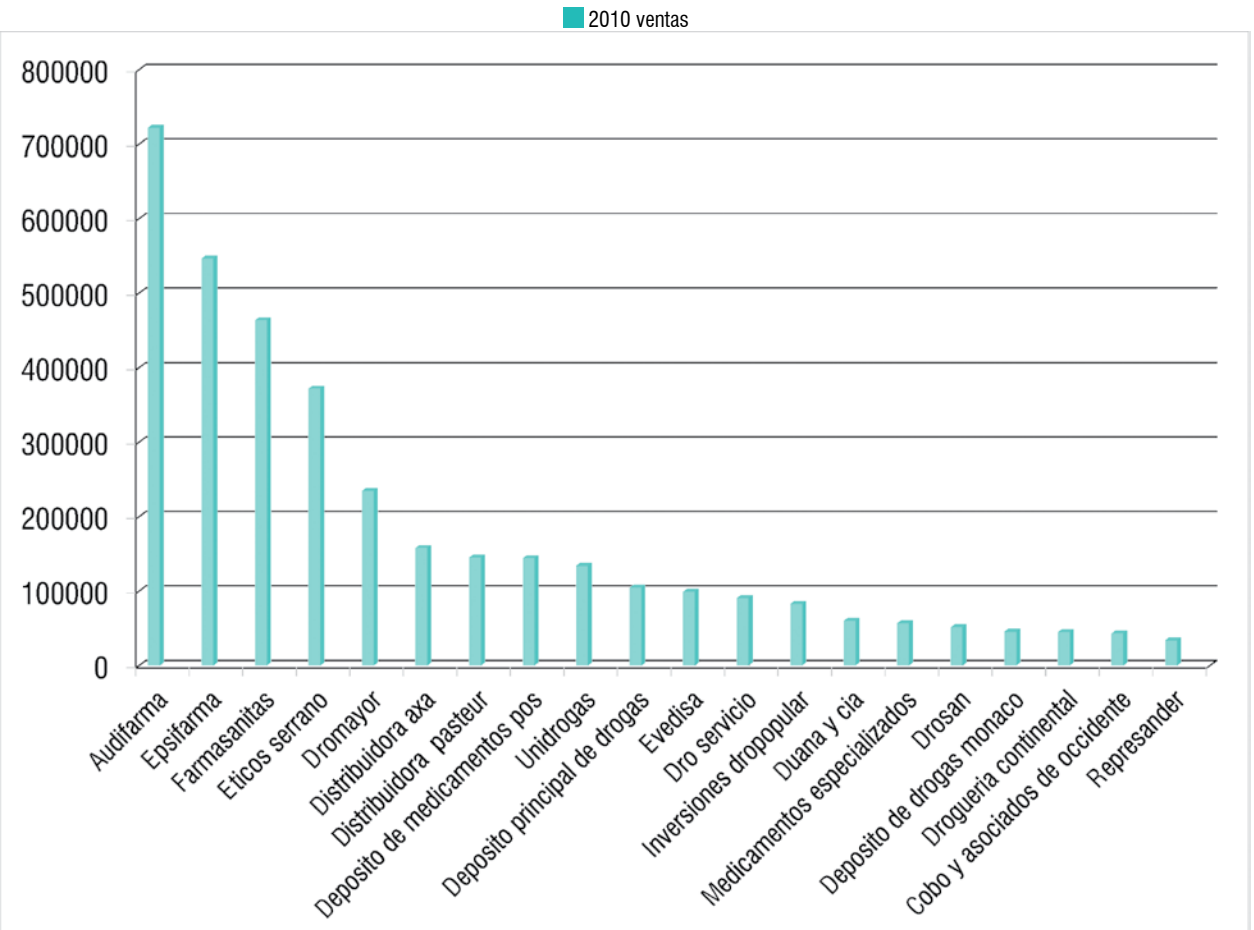
Descripción del sector. Empresas por volumen de ventas

Por medio de la información suministrada en la revista Dinero, en su número especial de las cinco mil primeras empresas de Colombia, se establecieron las 20 primeras empresas dentro de la comercialización de medicamentos al por mayor y al por menor que realizan la venta de productos farmacéuticos y/o servicios relacionados con el manejo de medicamentos al Sistema de Seguridad Social en Salud. El figura 3 describe las ventas totales de estas 20 empresas durante el año 2010. Un punto interesante de análisis es que estas 20 empresas manejan unas ventas totales que durante el año 2010 alcanzaron la cifra de 3,6 billones de pesos.

Figura 3

Ventas de las primeras 20 empresas que manejan medicamentos en el Sgsss durante el año 2010

(Valores en millones de pesos)



Fuente: elaboración propia

Para definir la concentración del mercado de las empresas que ofrecen la venta de productos y servicios al mercado institucional se calculó el índice de Herfindal-Hirshman (IHH) para las 20 primeras empresas por tamaño de sus ventas, que indica que la concentración del mercado dentro de estas 20 empresas es baja y que se presenta un razonable nivel de competencia. Sin embargo, vale la pena mencionar que para el año 2010 las tres primeras empresas representan el 47% del total de las ventas de las primeras 20 empresas estudiadas.

En la tabla 1 se relacionan las principales EPS y las EGSF que les prestan el servicio farmacéutico.

Tabla 1
EGSF que prestan servicios a las principales EPS
Colombia 2012

EPS	Empresa de Gestión de Servicio Farmacéutico
Salud Total EPS	Audifarma
Nueva EPS	Audifarma, Colsubsidio
Saludcoop –Cruz Blanca – Cafesalud	Epsifarma
Coomeva EPS	Audifarma, Dempos, Colsubsidio, Ofimedicas
Compensar EPS	Audifarma
Humana Vivir EPS	Duana y Cia. Ltda.
Colpatria	Pharmaexpress
Saludvida	Pharmaexpress
Comfenalco	Droservicio
Confenalco Valle	Audifarma
Aliansalud-Colmedica	Audifarma, Droguerías Acuña-Droguerías Fava
Famisanar	Colsubsidio, Cafam
Sura	Audifarma, Dempos, Colsubsidio, Medicarte, Helpharma
Sanitas	Farmasanitas

Actividades relacionadas con el proceso de la prestación de servicios farmacéuticos según encuesta aplicada a empresas seleccionadas

El formulario encuesta fue validado con algunas Cooperativas de Hospitales y algunas empresas identificadas, que la encontraron satisfactoria en términos de cubrir todas las actividades propias del servicio farmacéutico. Durante el proceso de contactar las empresas, telefónicamente o por correo, varias de ellas manifestaron su renuencia a participar en el estudio en razón a que sus actividades son fundamentalmente distintas al servicio farmacéutico. Se trata de empresas que, aunque en su interior tengan algún proceso de provisión o adecuación de medicamentos, su actividad principal corresponde a manejo integral en torno al paciente de una condición o patología, tales como unidades de diálisis, unidades de manejo oncológico o salud mental, no al medicamento. Fueron excluidas. Mientras que sí se encontraron empresas organizadas y creadas para el seguimiento integral de pacientes en torno a medicamentos especialmente de alto costo que se encuentran en la clase 4 anteriormente descrita. Otras también fueron excluidas porque siendo distribuidores o mayoristas solo lo hacen con dispositivos médicos u otros servicios y no con medicamentos. Como ya se mencionó, la información se complementó con la revisión del portafolio de servicios ofrecidos en sus páginas web y fue constatada telefónicamente.-

Se acordó también no incluir las empresas dedicadas a la preparación de magistrales, mezclas parenterales, adecuaciones de preparados farmacéuticos que tienen su propia planta certificada por el Invima por cuanto su actividad es un proceso fármacotécnico independiente. Son empresas que generalmente contratan con los actores del sistema, IPS o EPS, mediante contrato de suministros para entrega a los pacientes remitidos o a la IPS.

En total se encuestaron 27 empresas.

Para facilitar la comparación con las actividades que realizan las empresas de administración de beneficios farmacéuticos y por encontrar apropiada la clasificación de las actividades realizadas en términos del tipo de gestión, reagrupamos las actividades del formulario por tipo de gestión y no por proceso, así: actividades de gestión logística, de gestión clínica y de gestión tecnológica, las que se presentan en la tabla 2.

Tabla 2

Caracterización de los servicios prestados por las EGSF

CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS	TOTAL	%
GESTIÓN LOGÍSTICA		
Adquisición / Negociación	27	100
Distribución	26	96,3
Administración de inventarios	24	88,9
GESTIÓN CLÍNICA		
Entrega a paciente ambulatorio	18	66,7
Entrega a paciente hospitalario	15	55,6
Entrega de medicamentos alto costo	16	59,3
Domicilio	10	37
Detección de errores de prescripción	13	48,1
Detección de interacciones	12	44,4
Fármaco vigilancia activa	7	26
Seguimiento fármacoterapéutico	15	55,6
Servicio de monitorización de medicamentos	17	63
Información de usuarios	17	63
Gestión listado:		
• Adherencia al listado	10	37
• Análisis de prescripción	8	29,6
• Información de medicamentos no utilizados	8	29,6
Apoyo al Comité de Farmacia y Terapéutica	10	37
Existencia de producción científica e investigación	3	11,1
GESTIÓN TECNOLÓGICA		
Software de procesamiento de información	18	66,7
Fraudes	15	55,6

Las Cooperativas de Hospitales

La primera Cooperativa de Hospitales fue fundada en el Valle del Cauca en 1978, Cohosval, y fue convertida en Administración Pública Cooperativa APC en 1989. Posteriormente fueron creadas la Cooperativa de Hospitales de Antioquia Cohan en 1983 y la de Caldas, Coodesca en 1989.

Más adelante y gracias a una iniciativa del Ministerio de Salud y la OPS, se crearon las cooperativas de Atlántico, Boyacá, Córdoba, Cundinamarca, Meta, Nariño, Risaralda y Quindío, Santander y Tolima.

La Cooperativa del Atlántico fue liquidada unos pocos años después. La de Nariño sufrió un proceso de reestructuración y modificó su nombre, para hoy denominarse Coodesur. La Cooperativa de Hospitales del Meta ha experimentado dificultades en los años recientes, pero su existencia jurídica aún sigue vigente.

La tabla 3 muestra algunos indicadores del tamaño y cobertura de las Cooperativas de Hospitales.

Tabla 3

Características principales de las Cooperativas de Hospitales

Nombre	Departamento	Número de hospitales asociados	Ventas totales 2011 (Millones de $)	Excedentes (millones de $)
Cohan	Antioquia	150	95.270	383
Cohosan	Santander	42	10.157	235
Cohosval	Valle del Cauca Cauca	53	22.926 (2010)	259 (2010)
Coodesca	Caldas - Quindío	46	10.949	
Coodesuris	Risaralda	15	11.087	8
Coodemcum	Cundinamarca	37	15.325	229
Coodescor	Córdoba		5.097	261
Coodestol	Tolima - Huila	50		
Coosboy	Boyacá	19	7.227	148
Coodesur	Nariño - Putumayo			

Fuente: Aliancoop 2012

Una estrategia a la que han recurrido las cooperativas para mejorar su competitividad, es la de conformar diferentes formas asociativas de segundo nivel, especialmente para la compra de ciertos medicamentos y dispositivos de alto costo y pobre oferta, para mejorar los precios y las condiciones de negociación. Hacia 1994 se conformó la Red de Cooperativas de Hospitales Redsalud, que debió liquidarse hacia el 2005. Más recientemente (2009) ha creado la Alianza de Cooperativas de Hospitales Aliancoop que para este año (2012) se encuentra organizando un proceso de compras – negociaciones conjuntas.

La tabla 4 ilustra la magnitud y participación de las cooperativas en ese proceso de compras conjuntas.

Tabla 4
Costo de productos ofertados por las Cooperativas de Hospitales
Compras conjuntas 2012

Cooperativa	Costo total de productos ofertados en pesos col. $
Cohan	59.429.503.682
Coodesuris	6.087.786.499
Coodesur	650.974.520
Cohosboy	5.853.071.448
Coodesca	5.816.443.770
Cohosan	3.883.599.249
Coodescor	1.759.767.311
Coodestol	5.218.769.164
Coodemcum	6.063.632.290
Total	94.763.547.933

La oferta de servicios farmacéuticos a los hospitales públicos por parte de las cooperativas, ha tomado diferentes modalidades en las distintas regiones. La tabla 5 muestra el inventario de los servicios farmacéuticos existentes, con los ítems aplicables de la calificación de las empresas privadas y que son ofrecidos directamente por las cooperativas, en asocio o mediante contrato con los hospitales públicos.

Tabla 5

Servicios farmacéuticos ofertados por las Cooperativas de Hospitales

Características de los servicios	Cohan	Cohosval	Codesca	Coodesuris	Coohosboy	Coodestol	Coodemcum	Coodesur	Coodescor	Cohosan
GESTIÓN LOGÍSTICA										
Adquisición / Negociación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Distribución	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Administración de inventarios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
GESTIÓN CLÍNICA										
Entrega a paciente ambulatorio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrega de medicamentos de alto costo	X	X	X	X			X			
Detección de errores de prescripción	X	X	X							
Fármacovigilancia activa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Seguimiento fármacoterapéutico	X	X	X							
Análisis de prescripción	X	X	X							
Apoyo al CFT	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Existencia de producción científica e investigación	X	X	X							
GESTIÓN TECNOLÓGICA										
Software de procesamiento de información	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fraudes										

Las Cajas de Compensación Familiar

Las Cajas de Compensación Familiar han jugado un papel ampliamente reconocido en el Sgsss desempeñando el papel de aseguradores, de prestadores de servicios y en el tema que nos ocupa, en el mercadeo de medicamentos a través de diferentes redes de farmacias en las regiones en las que tienen su ámbito de acción.

Al igual que las Cooperativas de Hospitales han cumplido con la función de asegurar el sistema de suministro de medicamentos, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado y al igual que las cooperativas, han constituido exitosos modelos de negociación y compra conjunta de medicamentos como es el caso del grupo C4 que incluye a Cafam, Colsubsidio, Compensar y Comfamiliar.

No obstante, la mayor parte de ellas han preferido no incursionar en los nuevos campos de los servicios farmacéuticos, contratando en muchos casos con otras Egsf como es el caso de Compensar con Audifarma. La excepción es Colsubsidio que ha contratado servicios farmacéuticos para algunos regímenes especiales como Ecopetrol y Unisalud generando desarrollos en SFT, farmacovigilancia, sistemas de información y promoción del uso apropiado de los medicamentos.

Entrega de medicamentos

En los últimos años y en el marco del desarrollo del **Sogc** se han establecido indicadores de calidad de los servicios de salud prestados a la población, y el más utilizado en el caso de los medicamentos se refiere a la oportunidad en la entrega de los productos prescritos.

La información a la que puede accederse es contradictoria. De una parte, y de acuerdo con los reportes de los aseguradores, la oportunidad ha estado muy cerca del 100% en promedio desde el 2006, según puede verse en la tabla 6.

Tabla 6

Oportunidad en la entrega de medicamentos MSPS

AÑO	%
2006-2	98,2
2007-1	85,5
2007-2	84,5
2008-1	87,6
2008-2	93,6
2009-1	90,4
2009-2	91,5
2010-1	95,7
2010-2	97,0
2011-1	96,3

Por otra parte, las sucesivas encuestas de la Defensoría del Pueblo muestran pocos cambios en la entrega de medicamentos a los usuarios, que nunca han superado el 70%. Contrasta esta cifra con los informes de "faltantes" que en el caso de regímenes especiales se encuentran hoy por hoy en cifras cercanas al 1%.

Tabla 7

Entrega de medicamentos. Defensoría del Pueblo 2002-2010

	2003 (1)		2005 (2)		2009 (3)	
	Contributivo	Subsidiado	Contrib.	Subsid.	Contrib.	Subsid.
No se lo entregaron, se lo entregaron parcialmente o en varios días	45	53,4	49,4	42,1	32,1	33,3
Entregado en su totalidad	55	46,6	49,9	56,2	67,9	66,7
No informa	--	--	0,6	1,9	--	--

Fuente: Defensoría del Pueblo.

A criterio del Observatorio Nacional de Calidad en Salud la información proveniente de instituciones con sistemas de información desarrollados es de mejor calidad y su entrega más oportuna que la de aquellas instituciones en las que no utilizan estos sistemas.

Sin embargo no nos cansaremos de insistir en la distorsión que el financiamiento irresponsable del No POS ha generado en el sistema, pues son muy notorios los incentivos a derivar hacia los recobros tanto las prescripciones como la entrega de productos. Por este motivo los datos referentes a este indicador no son realmente concluyentes.

La producción científica

Con el objetivo de caracterizar la divulgación de actividades de investigación desarrolladas por las empresas estudiadas, se realizó una búsqueda en la base de datos Scielo utilizando como palabras clave atención farmacéutica, farmacovigilancia y Colombia. También fueron buscados los resúmenes de trabajos presentados en los congresos nacionales relacionados con el uso racional de medicamentos, Atención Farmacéutica y Farmacovigilancia a nivel nacional.

Se identificaron cuatro eventos y se contactaron a las entidades responsables de los mismos (tabla 8).

Para complementar la información se realizó una búsqueda en la base de datos InstituLAC de la plataforma Scienti de Colciencias para revisar si las empresas incluidas en el estudio han avalado grupos de investigación.

Luego de realizar las consultas y clasificar la información, fueron identificados cuatro artículos científicos publicados y nueve trabajos presentados en congresos académicos por el Departamento de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia de Audifarma en conjunto con el Grupo de Investigación de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia de la Universidad Tecnológica de Pereira. También se encontró un trabajo presentado por Medicarte y un trabajo presentado por Medipos en eventos académicos. Los títulos de los trabajos se encuentran en las tablas 9 y 10.

Tabla 8

Producción científica de las Egsf. Eventos consultados

Evento	Entidad responsable
Encuentro internacional de Farmacovigilancia	Invima – Universidad Nacional de Colombia
Congreso Nacional de Farmacología	Asociación Colombiana de Farmacología
Congreso Nacional de Farmacia Hospitalaria	Asociación Colombiana de Farmacéuticos Hospitalarios
Congreso Nacional de Atención Farmacéutica	Universidad de Antioquia – Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos

Fuente: elaboración propia

Tabla 9

Producción científica de las Egsf. Artículos científicos publicados

Autores	Título	Referencia
Audifarma		
Machado JE., Giraldo C., Moncada JC.	Farmacovigilancia activa en pacientes afiliados al sistema general de seguridad social en salud.	Rev. Salud Pública. 12 (4): 580-588, 2010
Machado-Alba JE., Moncada-Escobar JC., Gaviria H.	Quality and effectiveness of diabetes care for a group of patients in Colombia.	Rev. Panam Salud Pública. 2009; 26(6):529–35.
Machado JE., Moncada JC., Mesa G.	Patrones de prescripción de antilipémicos en un grupo de pacientes colombianos.	Rev. Panam Salud Pública. 2008; 23(3)179–87.
Machado JE., Moncada JC., Mesa G.	Patrones de prescripción de antidiabéticos en un grupo de pacientes colombianos.	Rev. Panam Salud Pública. 2007;22(2):124–31

Tabla 10

Producción científica de las EGSF - Presentaciones en Eventos académicos

AUTORES	TITULO	EVENTO – AÑO
Audifarma S.A.		
Moncada JC	Experiencia en Farmacovigilancia Audifarma.	Primer Encuentro en Farmacovigilancia – 2004
Machado JE., Moncada JC.	Reacciones adversas a medicamentos en pacientes que consultan a servicios de urgencias.	Primeras Jornadas Regionales de Actualización en Salud Pública – 2006
Torres S.	Resultados de Seguimiento Farmacoterapéutico en dos ciudades Colombianas.	V Congreso de Ciencias Farmacéuticas – 2006
Torres S.	Experiencia de Farmacovigilancia para generar directrices de uso racional de medicamentos en instituciones prestadoras de Salud.	IV Encuentro Internacional de Farmacovigilancia – 2007
Torres S.	Resultados del Programa Nacional de Errores de Medicación en Audifarma 2005 a 2007.	V Encuentro Internacional de Farmacovigilancia – 2008
Machado JE., Giraldo C., Moncada JC.	Identificación de riesgo de toxicidad y otros problemas relacionados con medicamentos en pacientes afiliados al sistema general de seguridad social en salud.	VI Encuentro Internacional de Farmacovigilancia – 2009
Sáenz S., Fletscher P., Mejía M., Pertúz A., García C.	Experiencia en la prevención y gestión de errores de medicación.	VI Encuentro Internacional de Farmacovigilancia – 2009
Botero P., García C., Giraldo J., Mendoza T., Palencia S.	Desarrollo de un programa de SFT articulado a la prestación de servicios en salud de una EPS, en cinco ciudades de Colombia.	VI Encuentro Internacional de Farmacovigilancia – 2009

(Sigue →)

Medipos		
Osorno D., Muñoz A., Pulgarín H.	Farmacovigilancia en la dispensación del medicamento: Experiencia práctica.	VI Encuentro Internacional de Farmacovigilancia – 2009
Medicarte		
Durango A., Gómez L., Uribe L., Berrio H., Vélez M., Amariles P.	Farmacovigilancia en medicamentos biológicos	VI Encuentro Internacional de Farmacovigilancia – 2009

El suplemento 1 al volumen 18 de la Revista Vitae[48] contiene los resúmenes de la totalidad de trabajos presentados en el primer Congreso Colombiano de Atención Farmacéutica, celebrado en Medellín en septiembre de 2011. Sobre los resúmenes, nos propusimos evaluar la participación de las Egsf en la producción científica en ese congreso en particular, por su carácter pionero y por su notable capacidad de convocatoria.

Los resúmenes fueron clasificados en relación con su temática (si su contenido correspondía a seguimiento farmacoterapéutico, farmacovigilancia, uso racional, farmacoeconomía o dispensación) y en relación con sus autores (si correspondían a una universidad, una IPS, una EPS, una organización de la sociedad civil, una Empresa de Gestión de Servicios Farmacéuticos o un laboratorio farmacéutico).

Se presentaron en total 50 trabajos, distribuidos en las modalidades de presentación oral y Poster.

Entre las universidades se destacan la de Antioquia con la mayor frecuencia, seguida por el CES y la Universidad Nacional. Las IPS incluyen una variada gama desde el Hospital San Vicente de Paul y la Clínica Somer en Medellín y la Clínica Méderi en Bogotá. La organización de la sociedad civil corresponde en todos los casos a la Corporación de lucha contra el Sida en Cali. Las Egsf en este caso fueron la Cooperativa de Hospitales de Risaralda Coodesuris y el programa de Monitoreo Integral Farmacéutico MIF de Colsubsidio. Los laboratorios corresponden a Laproff y Lafrancol.

48 Memorias del Primer Congreso Colombiano de Atención Farmacéutica. Rev. Vitae. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Volumen 18, suplemento 1, Septiembre 2011 págs. S1 – S120

Tabla 11

Trabajos presentados en el Primer Congreso de Atención Farmacéutica 2011, según el tipo de autor institucional

PRESENTACIONES ORALES							
	Universidad	IPS	EPS	OSC	EGSF	Laboratorio	Total
Farmacoeconomía	1	1				1	1
SFT	4	3		1	2	2	9
Uso racional	1					1	1
Farmacovigilancia	1			1			1
TOTAL	7	4		2	2	4	12

Fuente: I Congreso Colombiano de Atención Farmacéutica. Revista Vitae. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Volumen 18, suplemento 1, Septiembre 2011 págs. S1 – S120

Tabla 12

Trabajos presentados en el Primer Congreso de Atención Farmacéutica 2011, según el tipo de autor institucional

POSTERS							
	Universidad	IPS	EPS	OSC	EGSF	Laboratorio	Total
Farmacoeconomía							
SFT	6	5	1		5	1	11
Uso racional	9	3			6		15
Farmacovigilancia	2	3	2	1	4	1	11
Dispensación	1	1					1
Total	18	12	3	1	15	2	38

Fuente: I Congreso Colombiano de Atención Farmacéutica. Revista Vitae. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Volumen 18, suplemento 1, Septiembre 2011 págs. S1 – S120

En el caso de los trabajos presentados en la modalidad de Poster, a los autores institucionales mencionados anteriormente debemos adicionar en las universidades a la de Cartagena, en las IPS al Hospital Pablo Tobón Uribe, la Fundación Santa Fe de Bogotá, el Servicio Médico de Ecopetrol, la Clínica León XIII, la Clínica de las Américas y el Hospital San Félix. Entre las EPS aparecen solamente Sura y Salud Total. Entre las EGSF agregamos a HelPharma, Audifarma, Pharmacy Management y Mix Supplier. Entre los laboratorios a Humax pharmaceuticals.

Dado que muchos de los trabajos fueron conducidos entre distintas instituciones, las frecuencias de aparición de cada categoría institucional suman más que los trabajos, por lo que el análisis de participación se realizará sobre el total de apariciones.

Discusión

Sobre los valores agregados por las EGSF

Los servicios especializados ofrecidos por algunas empresas, en torno a la dispensación y atención farmacéutica de algunas patologías específicas, puede verse como uno de sus valores agregados más notables, ya que parece repercutir favorablemente en éxito del tratamiento en los pacientes y mejora considerablemente la racionalidad en el uso de los medicamentos. Este servicio nace obedeciendo a una necesidad de algunos aseguradores, para los cuales, el seguimiento de los medicamentos, especialmente los de alto costo, significaba un ahorro de tipo económico y eficiencia administrativa, ya que el aprovechamiento de estos recursos de la manera más eficientemente posible, podría llevar a la consecución exitosa de la meta del tratamiento, sin tener que llegar a instancias que implicarían mayor inversión de tiempo y dinero para el asegurador.

No obstante debe hacerse explícito un debate con respecto al servicio de dispensación pues, dentro del contexto del sistema de salud colombiano y según algunos expertos de los sistemas de salud a nivel mundial, es muy difícil poder ofrecer al 100% de los usuarios la información que está implícita dentro de la definición de dispensación. Es por esta razón que lo que tradicionalmente se realiza en Colombia como proceso de dispensación, se refiere en realidad a la entrega del medicamento prescrito por el médico, con una cantidad mínima o ninguna información relacionada.

Comparación entre las PBM (Estados Unidos) y las EGSF (Colombia)

Como habíamos mencionado en su momento, existen importantes similitudes entre el sistema de salud de Colombia y el de los Estados unidos, lo que ha llevado a algunos a sugerir que las EGSF no sean nada distinto que una adaptación de las PBM del mercado Norteamericano.

No obstante hay que hacer notar que aunque hay similitudes, hay también importantes diferencias. En particular existen dos asuntos que, para el caso de los medicamentos, constituyen diferencias radicales. De una parte la existencia en Colombia de

un único Plan Obligatorio de Salud, pues en los Estados Unidos los planes son múltiples y son el resultado de una negociación usualmente asimétrica. Pero de otra parte y en estrecha relación con el POS, existe un proceso de selección (listado positivo) y la obligatoriedad del uso de la DCI. Esto hace que los instrumentos de gestión que las PBM han desarrollado con no pocas dificultades en el sistema de salud norteamericano, en Colombia formen parte de las reglas del juego desde el inicio.

No hay manera de saber si las normas con las cuales se puso en marcha el manejo de los medicamentos en el Sgsss hubieran fracasado si no hubieran intervenido las Egsf para ponerlas en práctica y convertirles en algo "natural" en el sistema. Pero ciertamente experiencias como la de la República Dominicana hacen pensar que sin un actor que se hiciera cargo de su implementación, las cosas hubieran podido tomar un rumbo diferente.

La tabla 13 (véanse páginas 64 y 65) compara, desde la perspectiva operativa, clínica y tecnológica, los desarrollos de las PBM en los Estados Unidos y los correspondientes a las Egsf en Colombia.

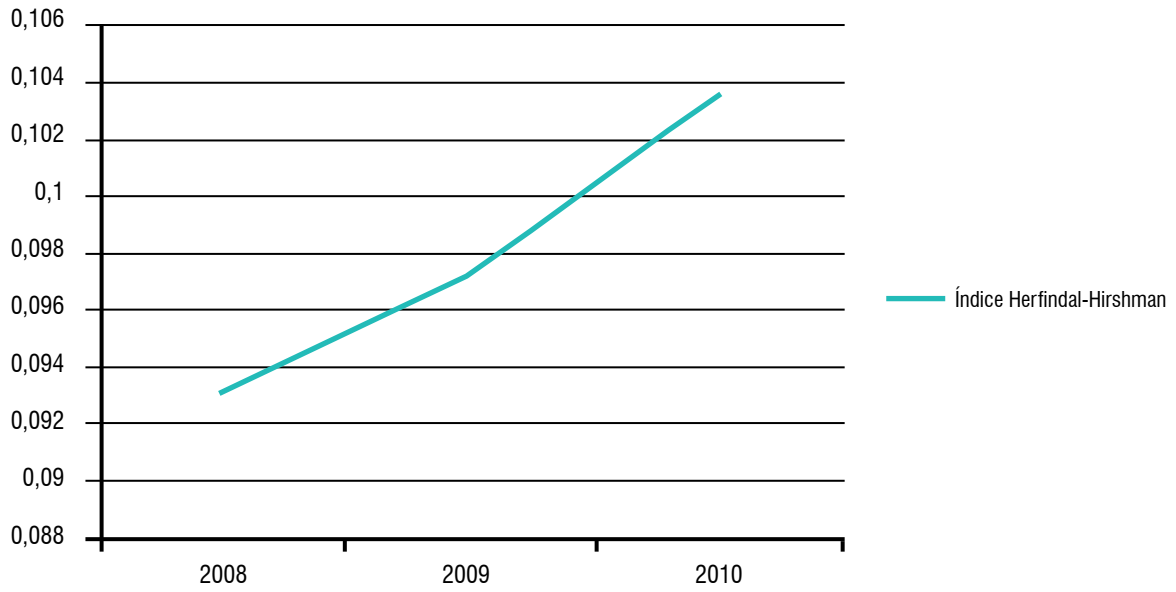
Concentración del mercado

Para definir la concentración del mercado de las empresas que ofrecen la venta de productos y servicios al mercado institucional se calculó el índice de Herfindal-Hirshman (IHH) para las 20 primeras empresas por tamaño de sus ventas, que indica que la concentración del mercado dentro de estas 20 empresas es baja y que se presenta un razonable nivel de competencia. Sin embargo, vale la pena mencionar que para el año 2010 las tres primeras empresas representan el 47% del total de las ventas de las primeras 20 empresas estudiadas.

Al realizar los cálculos del IHH para los años 2008 al 2010, se observa una tendencia hacia la concentración cada vez mayor del mercado de las empresas que mantienen relaciones comerciales con el sector institucional, tal como se muestra en la figura 4.

Figura 4

Evolución del Índice Herfindal-Hirshman 2008 a 2010



Fuente: elaboración propia

Valores agregados de las Cooperativas de Hospitales

Las Cooperativas de Hospitales nacen en Colombia en el marco del debate de la descentralización política y administrativa que se refleja en salud en la Ley 10 de 1990. Para entonces, en lo correspondiente a los medicamentos, se enfrentaban dos tendencias. De un lado la que privilegiaba los precios de adquisición, que apuntaba a consolidar el poder de compra en una única central nacional de abastecimiento, siguiendo en buena medida el éxito del Instituto de Seguros Sociales, y del otro, la descentralizadora que identificaba la oportunidad como la variable más relevante.

Las Cooperativas de Hospitales resolvieron este debate por la ruta del medio, agregando capacidad de negociación en una escala regional mientras desarrollaron una notable capacidad de gestión que aseguraba una oportunidad ciertamente aceptable[49].

49 Zerda A, Velásquez G, Tobar F, Vargas J. Organización Mundial de la Salud .Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos. Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala. 2001. Disponible en: http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2958s/

Tabla 13
Comparación entre las PBM (Estados Unidos) y las EGSF (Colombia)

Tipo gestión	Actividades PBM – EE.UU.	Empresas que realizan alguna actividad propia de los servicios farmacéuticos en colombia
Gestión operativa	Diseñar redes de farmacias (ambulatorias, alto costo)	Los contratantes EPS , IPS y otros definen la red en los requisitos de contratación y los contratistas se acomodan a los requisitos, no importa si tiene red propia o no, hacen alianzas y subcontratan.
	Negociar listas de precios	Todas negocian precios con el fabricante o importador y luego con el asegurador o negocia el asegurador y cobran un porcentaje o en paquetes.
	Centro de apoyo a farmacias	Las Cooperativas de Hospitales realizan esta función ante sus asociados y otros. Se supondría que en las cadenas cuentan con ese apoyo, ejemplo AXA, Asocoldro para sus asociados. En los contratos de las fuerzas militares se exige que cumplan el 2200 y 1403.
	Centro de ayuda a aseguradores	No se incluyó en la encuesta.
	Centro de autorizaciones previas	Es una estrategia o herramienta que usan las Empresas de Gestión de Beneficios Farmacéuticos para controlar costos y constituye un ítem de pago. En Colombia la definirían los aseguradores.
	Programa de auditoría a farmacias	Legalmente el Sogc tiene esta función, delegada en los entes territoriales, además casi todas nuestras empresas tienen ISO 9000.
	Producción de genéricos	Al menos encontramos que la IPS Liga Antioqueña de epilepsia, produce sus genéricos, pero no está en la muestra y la hubiéramos excluido porque es IPS cuidado médico integral
Gestión clínica	Diseño plan de beneficios	El plan de beneficios lo define el SGSS en cabeza del Ministerio (anteriormente la CRES).
	Apoyo Comité Farmacia y Terapéutica	Nueve de las empresas estudiadas dan a poyo al CFT, pero no están directamente a cargo de su funcionamiento.
	Desarrollo y manejo de formularios terapéuticos	Doce de las empresas estudiadas refieren dar apoyo para mantenimiento del formulario, pero no dirigen directamente su gestión.

(Sigue →)

Gestión clínica	Guías y protocolos farmacológicos	No se preguntó en la encuesta aplicada. El Ministerio de Salud y algunas EPS posiblemente las adapten
	Desarrollo y manejo de programas clínicos (enfermedades crónicas o alto costo)	Encontramos varias IPS de cuidado integral de enfermedades de alto costo, cáncer, enfermedad renal, otras, pero se excluyeron por ser IPS de manejo integral de una enfermedad, solo se incluyeron las que se centran en el medicamento con seguimiento fármacoterapéutico y dispensación, hay al menos tres por ahora. Algunas se excluyeron ellas mismas por la misma consideración.
	Análisis utilización medicamentos	Trece (13)
	Educación médica	Ocho (8)
	Call center	Seis (6)
	Investigación fármaco epidemiológica	No se especificó en la encuesta.
	Investigación fármaco económica	No se especificó en la encuesta.
	Terapia paso a paso	Es una estrategia o herramienta que usan las Empresas de Gestión de Beneficios Farmacéuticos para controlar costos y constituye un ítem de pago. En Colombia la definirían los aseguradores.
	Sustitución terapéutica	Es una estrategia o herramienta que usan las Empresas de Gestión de Beneficios Farmacéuticos para controlar costos y constituye un ítem de pago. En Colombia, si es sustitución genérica, de por si está definida por el sistema.
	Optimización de dosis	Es una estrategia o herramienta que usan las Empresas de Gestión de Beneficios Farmacéuticos para controlar costos y constituye un ítem de pago. En Colombia la definirían los aseguradores, solo en caso de SFT.
	Refiil too soon supply limits (Límites de redispensación de recetas).	Es una estrategia o herramienta que usan las Empresas de Gestión de Beneficios Farmacéuticos para controlar costos y constituye un ítem de pago. En Colombia la definirían los aseguradores.
	Sistemas de dispensación	27 sistemas de dispensación ambulatoria, hospitalaria, alto costo.
	Programas capitados	Once (11)
Gestión tecnológica	Procesamiento de dispensación en tiempo real	Por la experiencia de Ecopetrol, Unal (Unisalud) hay muchos problemas en el procesamiento de la información, las fuerzas armadas exigen un software de interfase con el que usan, pero ninguno es en tiempo real.

La realización más notable de las Cooperativas de Hospitales, ha sido la de consolidar un sistema de suministro de medicamentos que permite que los productos que necesitan los pacientes, lleguen hasta los más apartados lugares de un país que tiene una notable proporción de población dispersa. No en vano los mayores beneficiarios y los mayores defensores de las cooperativas, han sido los hospitales de primer nivel de atención[50].

Esta "garantía de disponibilidad" fue posible, en la medida en que las cooperativas incorporaron a su gestión, tanto la utilización de un listado de medicamentos esenciales como el uso de la DCI, pilares de la Política Farmacéutica Andina[51] que posteriormente fueron incorporados al Sgsss en la Ley 100 de 1993[52] y más adelante de manera explícita en la Política Farmacéutica Nacional de 2003[53]. Por aquel entonces no era infrecuente que en los hospitales de primer nivel, los medicamentos cambiaran de acuerdo con las preferencias del médico que prestaba servicio social obligatorio, lo que incluía tanto cambios en el medicamento como en la marca. Con estas variaciones era imposible poner en funcionamiento un sistema de suministro.

En el marco del Sgsss las cooperativas han cumplido las funciones de lo que, para efectos de este trabajo, hemos denominado las Empresas de Gestión de Servicios Farmacéuticos, para el sector público. Eso significa en muy buena medida, para el régimen subsidiado.

No obstante hemos de mencionar aquí la existencia de algunas empresas que han cumplido las funciones de las cooperativas, en lugares a donde ellas no han llegado; notablemente es el caso de Pharmaser en el departamento del Magdalena. Son empresas con frecuencia ligadas a las Empresas Solidarias de Salud que manejan el régimen subsidiado en las regiones en las que la respuesta del sector público es insuficiente.

50 Alianza de Cooperativas de Hospitales Aliancoop. Análisis de matriz de productos ofertados para negociación conjunta de Aliancoop para el año 2012. Informe de consultoría.

51 ORAS- CONHU. Política Andina de Medicamentos. Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos / Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue -- Lima: ORAS-CONHU; 2009. Disponible en http://www.orasconhu.org/documentos/Politica%20andina%20de%20medicamentos%202009.pdf

52 Artículo 162 de la Ley 100 de 1993: Plan Obligatorio de Salud POS. …incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica.

53 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Política Farmacéutica Nacional 2003. Disponible en http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20FARMAC%C3%89UTICA.pdf

Una de las críticas más serias al Sgsss es justamente el deterioro progresivo de los hospitales públicos, a pesar de la importante cantidad de medidas y recursos destinados a conseguir su "empresarialización" y su modernización administrativa. Y ciertamente que las Cooperativas de Hospitales públicos han sufrido los efectos de esa crisis hospitalaria constante lo que ha amenazado en ocasiones su supervivencia.

Los debates más recientes han puesto en evidencia que el papel de las EPS del régimen subsidiado, lejos de facilitar el proceso de transición de recursos de oferta a recursos de demanda estimulando la calidad y la eficiencia mediante la competencia, han acumulado deudas enormes con los hospitales mientras ofrecen servicios de primer nivel de atención y medicamentos ambulatorios con negocios propios, en los que acumulan importantes ganancias. Así, mientras la EPS registra pérdidas, sus asociados registran enormes ganancias en negocios paralelos. Las facturas de las redes *privadas* de sus asociados se pagan oportunamente, mientras los afiliados subsidiados son atendidos especialmente en los hospitales públicos y en las ONG, cuyas facturas se acumulan y se demoran.

Las deudas de las EPS especialmente con las redes públicas y asimiladas ascendieron a 1,7 billones de pesos en 2012[54].

Hemos revisado hasta ahora la participación de las cooperativas en el suministro de medicamentos para sus hospitales asociados y para el régimen subsidiado. Sin embargo, mencionamos anteriormente como los nuevos desarrollos en servicios farmacéuticos en el Sgsss han significado avances en la calidad de servicios y en incorporación de tecnología. Al indagar sobre la participación de las Cooperativas de Hospitales en estos nuevos terrenos, encontramos algunas experiencias ligadas al manejo de las farmacias de hospitales, ya mediante la figura de la concesión (outsorcing) o mediante la administración delegada.

Debemos destacar experiencias de esta naturaleza en Cohosval, en donde existe un proyecto ambicioso de desarrollo de servicios farmacéuticos y un importante número de farmacias hospitalarias a su cargo, Coodesca que maneja un número reducido de

54 Jaramillo I., La salud en Colombia. Más claridad, pocos avances. Revista digital razón pública.com enero 07 2013. Disponible en: http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/3488-la-salud-en-colombia-mas-claridad-pocos-avances.html

farmacias hospitalarias y Cohan que desarrolla programas de Seguimiento Fármacoterapéutico y farmacovigilancia, especialmente con la IPS Universitaria.

Debemos así mismo resaltar el esfuerzo que se encuentra realizando la Cooperativa de Hospitales del Valle – Coohosval, para ofrecer el servicio de preparaciones nutricionales en los próximos meses, a los hospitales de alta complejidad de la región occidente. Este servicio es básicamente ofrecido a las instituciones que prestan servicios de hospitalización en el segundo y tercer nivel de complejidad, dado que es muy poco utilizada la preparación de productos magistrales en la atención ambulatoria de pacientes.

Valor agregado de las Cajas

La consolidación de redes por las Cajas de Compensación, es una de sus características más notables, ya que además de crear exitosos modelos de negociación y compra conjunta de medicamentos, permitió asegurar precios competitivos y la existencia de una importante cantidad de puntos de entrega, ligados o no a la actividad comercial de la venta de medicamentos al público. Esto permitió mejorar de manera considerable el acceso geográfico a usuarios de varias EPS, que ocupan los primeros lugares en número de afiliados, las cuales se encuentran directamente ligadas a estas cajas.

Desarrollo legal

El análisis del marco jurídico busca establecer si las normas y la forma en que han sido aplicadas han sido un motor para el desarrollo de las Egsf, si no existe una relación directa o si por el contrario, el marco legal ha sido un obstáculo.

En un terreno de tan rápida renovación tecnológica es natural que la legislación deba ser constantemente revisada a medida que se introducen cambios que afectan las características de seguridad y efectividad de los productos y servicios.

Para el caso de las Egsf hemos observado que le son aplicables, tanto las normas relativas a los establecimientos farmacéuticos y los requisitos que éstos deben cumplir, así como las normas del **Sogc**. Llama la atención la existencia de estándares específicos para los servicios farmacéuticos y de un "modelo de gestión" obligatorio, que además de establecer los objetivos que deben alcanzarse, establece también la forma como debe hacerse.

Las Egsf son objeto de inspección, vigilancia y control por parte de las direcciones territoriales, y en casos especiales, por parte del Invima.

Del análisis de las normas y de los resultados de la encuesta concluimos que los desarrollos de este tipo de empresas, especialmente en los casos en los que la prestación de servicios involucra redes de "puntos de entrega" las normas han sido un obstáculo, tanto por el debate de corte gremial de si al estar destinados a la dispensación debieran contar con un profesional farmacéutico (algo impracticable por el número de profesionales existente y económicamente insostenible) como por el tipo de "modelo" con el cual se generaron las normas, pues éstas parecieran considerar que solamente existen hospitales que organizan servicios farmacéuticos institucionales.

La reglamentación sobre el papel de Operador Logístico (que no es otra cosa que una distribución altamente especializada) por el contrario ha jugado un papel neutral, al punto que como hemos mencionado como algunos distribuidores tradicionales se han especializado para cumplir algunas de las funciones de las Egsf. El Sogc ha incorporado en sus indicadores la oportunidad en la entrega de los medicamentos ambulatorios. Independientemente de los resultados, que discutimos en otro apartado de este trabajo, consideramos que esta decisión realmente ha significado un aliciente para el desarrollo de estas empresas, que en general parecen mostrar mejores resultados para las aseguradoras que manejan contratos con las Egsf.

Finalmente debemos reiterar la deformación profunda del sistema de salud que ha generado el esquema de recobros para productos **No POS**. Si bien muchas de las Egsf se han beneficiado económicamente en gran medida de este "carnaval" de recobros, es algo insostenible.

Sobre la producción científica

Los datos recopilados muestran una vigorosa participación de este tipo de empresas, no del tamaño y relevancia de la producción de las universidades pero sí comparable a la de un grupo selecto de IPS reconocidas por su condición de excelencia en la prestación de servicios de salud. Éste no es un resultado menor pues trasciende los límites de una intermediación comercial para convertir estos elementos técnicos en ganancias del sistema que se trasladan al usuario bajo la forma de más y mejores servicios. La producción científica, en la medida en que es una muestra de desarrollo tecnológico entre estas empresas, se ha convertido en un elemento de competitividad. Por

información proveniente especialmente de los regímenes especiales (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, Unisalud) pudimos establecer que los desarrollos técnicos y la producción científica se consideran calificables en los procesos competitivos de adjudicación de contratos de operación logística para los medicamentos.

Pudimos llevar a cabo una medición de tipo cuantitativo sobre los trabajos presentados en el primer Congreso de Atención Farmacéutica celebrado en 2011 en Medellín.

Tabla 14

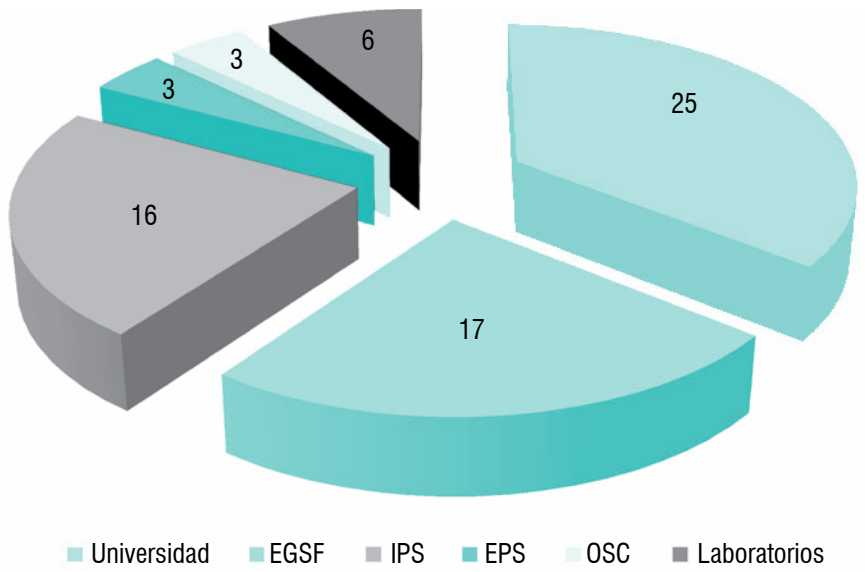
Frecuencias de aparición por tipo de instituciones en los trabajos presentados en el primer Congreso de atención farmacéutica. Medellín 2011

Universidad	EGSF	IPS	EPS	OSC	Laboratorio	TOTAL
25	17	16	3	3	6	70
36	24	23	4	4	9	%

Los datos agregados muestran que las EGSF siguen a las universidades en la producción científica superando por un pequeño margen a las IPS como puede verse en la figura 5.

Figura 5

Frecuencias de aparición por tipo de instituciones en los trabajos presentados en el Primer Congreso de Atención Farmacéutica Medellín 2011



Es razonable esperar que la mayor producción provenga de la asociación entre las Universidades y las IPS por lo que la notable participación de las EGSF constituye una muestra del valor agregado de la intermediación de este tipo de empresas. Sugiere así mismo que existe entre ellas un esquema de competencia que pareciera haber sido eficaz para estimular los desarrollos técnicos.

Las EGSF en la reducción de costos de medicamentos para el SGSSS

Este trabajo se ha construido sobre la hipótesis de que, desde una perspectiva económica, la intermediación *per se*, se justifica y prospera en la medida en que agrega valor y/o baja costos. Las EGSF constituyen un tipo de intermediación especializada del SGSSS. En otro apartado de este trabajo hemos revisado hasta donde y con qué profundidad, las EGSF han significado "Valor Agregado". Discutiremos aquí si y en qué medida, estas empresas han significado reducción de costos para el SGSSS.

Los datos sugieren que, al observar el manejo de los medicamentos en el POS, estas empresas han cumplido su rol consiguiendo contener el crecimiento en el gasto que se observa en el mundo entero. No obstante este resultado tiene que mirarse con reserva en la medida en que el gasto en medicamentos en Colombia ha sido profundamente distorsionado por los recobros de medicamentos **No POS**, en donde estas empresas han jugado un papel preponderante, al punto de que los más avanzados desarrollos, aquellos basados en resultados clínicos, corresponden a productos por fuera del POS en un alto porcentaje de casos. Es importante reiterar que para el manejo de los medicamentos el caso del SGSSS de Colombia constituye una experiencia novedosa en varios sentidos. La Ley 100 de 1993 incorporó medicamentos al POS apoyándose en dos lineamientos de política farmacéutica; la selección, es decir el uso de una lista de medicamentos esenciales, y la competencia, es decir la promoción del uso de la DCI y la competencia de los genéricos. Sin duda que los esquemas públicos de seguridad social, caso Costa Rica, también lo hacen, pero no con la participación del sector privado en el aseguramiento. Chile incorporó al sector privado al aseguramiento, pero no incluyó medicamentos en los planes de beneficios. Los Estados Unidos incorporan medicamentos a los planes de beneficios sin restricciones pero de manera irregular y ciertamente inequitativa y con un nivel de gasto que exceden varias veces cualquier comparación con el caso Colombiano. Mientras el gasto per cápita en USA excede los US$ 700, Colombia gasta 10 veces menos, alrededor de US$70 per cápita. Colombia es probablemente el único país en desarrollo que, incorporando al sector privado al aseguramiento, incluyó medicamentos en los planes de beneficios.

La novedad sin embargo está en la incorporación del sector privado al aseguramiento, pues la experiencia de controlar el gasto y mejorar el uso mediante la selección y la competencia tenían una importante tradición en el país. Dos experiencias son relevantes en esa perspectiva: la del ISS y las Cooperativas de Hospitales. El primero ha dejado de existir pero las segundas, que aseguraron para el sector público el control del gasto y la promoción del uso adecuado, aún lo continúan haciendo, por lo cual formaron parte de este análisis.

Tanto en el ISS como en las Cooperativas de Hospitales, el uso de listados y la utilización de la DCI, jugaron un papel vital para reducir el gasto. Esta reducción del gasto provenía tanto de la capacidad de negociación derivada de la consolidación del poder de compra (escala) como de la concentración en un número limitado de productos (listado) y de la competencia derivada del uso de la DCI (genéricos).

Las EGSF entonces, en buena medida, trasladaron la experiencia de viejo sistema de salud a la nueva lógica del aseguramiento con participación de un tercero; el asegurador privado. Esta afirmación debe mirarse con detenimiento, pues no es un asunto menor.

Formulemos entonces la pregunta con un enfoque distinto. ¿Hubiera sido posible que el SGSSS hubiera implementado la entrega de los medicamentos del POS a los asegurados sin el concurso de estas empresas?

Lo que muestra la evidencia empírica es que ninguna aseguradora asumió directamente el manejo de los medicamentos, que algunas aseguradoras montaron sus propias empresas y que también aparecieron empresas que ofrecieron el servicio como terceros. Adicionalmente observamos a lo largo de este trabajo, que las Cooperativas de Hospitales se adaptaron con rapidez y facilidad a la nueva situación, aunque resulta evidente que su situación actual es tan precaria como la de los hospitales públicos (tanto por los problemas derivados del flujo de recursos, aún no suficientemente resueltos, como por la presión del gobierno central hacia la reestructuración), pero también observamos que los grandes distribuidores tradicionales se adaptaron al nuevo sistema para ofrecer la tercerización del servicio farmacéutico.

Es interesante observar que las empresas que han alcanzado mayor crecimiento y mejores desarrollos en la prestación de servicios farmacéuticos, han sido aquellas que se especializaron y ofrecieron servicios a diferentes aseguradores.

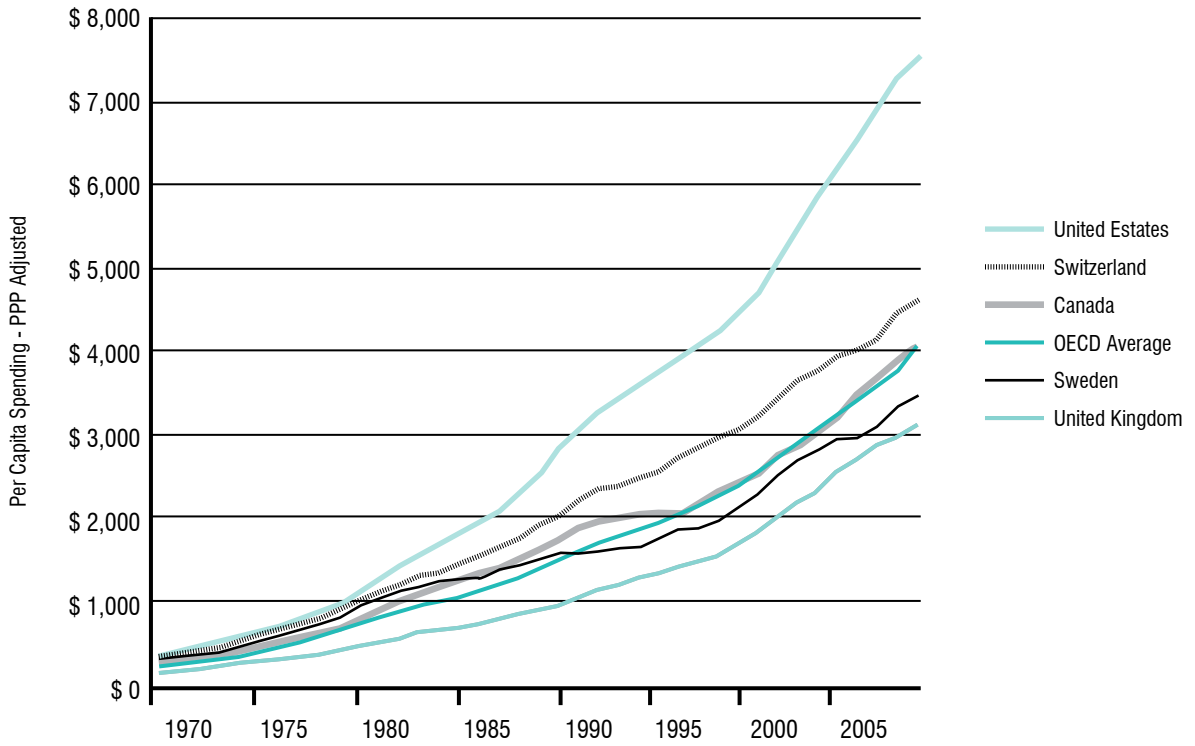
Encontramos algunos casos en los que, diferentes IPS especializadas, ofrecieron servicios de manejo de enfermedades que incluyeron los medicamentos y los servicios farmacéuticos. Esto ha sucedido en particular para quimioterapia en cáncer, el manejo integral del VIH y Sida y más recientemente en diabetes.

Crecimiento en el gasto a nivel internacional vs crecimiento de la UPC

Una muestra de la utilidad de estas entidades para el sistema en términos de reducciones en el gasto, se deriva de la comparación entre el crecimiento en el gasto en países con sistemas de seguridad social en salud y el crecimiento de nuestra UPC.

Figura 6

Crecimiento del gasto per cápita en salud
Países seleccionados 1970-2008



Source: Organisation for Economic Co-operation and Development (2010), "OECD Health Data", OECD Health Statistics (database). doi: 10.1787/data-00350- en (Accessed on 14 February 2011).
Notes: Data from Australia and Japan are 2007 data. Figures for Belgium, Canada, Netherlands, Norway and Switzerland, are OECD estimates. Numbers are PPP adjusted. Break in series: CAN(1995); SWE(1993, 2001); SWI(1995); UK (1997). Numbers are PPP adjusted. Estimates for Canada and Switzerland in 2008.

Fuente: Kaiser Family. Datos de la OECD.

El crecimiento del gasto muestra una tendencia muy superior al crecimiento de las economías, lo que ya genera múltiples estrategias de control especialmente en la Unión Europea. En todos los países se reconoce que el elemento que más influye en el crecimiento del gasto corresponde a los medicamentos.

El caso de España es bien interesante[55]. Para el 2009 registraba un crecimiento el gasto real por cada español del orden del 41% entre 2002 y 2009, cuatro veces más rápido que el PIB. Tan grave era la situación que el incremento del gasto, debido al aumento del número de prescripciones, estaba neutralizando en buena medida las rebajas de los precios de los medicamentos que se habían conseguido con la introducción del uso de los genéricos.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios constató un aumento ininterrumpido de recetas desde los 764,6 millones de 2005, es decir 17,3 por habitante, hasta los 957,9 millones de 2010, que equivalen a 20,4 por habitante.

Tabla 15

Gasto en medicamentos como % del gasto en salud
Países seleccionados 2009

ESPAÑA	18,90%
CANADÁ	17,0%
FRANCIA	16,10%
ALEMANIA	14,90%
SUECIA	12,50%
ESTADOS UNIDOS	12,0%
SUIZA	12,0%
REINO UNIDO	11,60%
HOLANDA	9,60%
DINAMARCA	7,30%
NORUEGA	7,30%

Fuente: Laporte J R; Op. Cit. Datos Oecd.

55 Tomado de: Laporte J.R; Frum libertas.com ¿Por qué crece tan rápido el gasto sanitario en España? La clave, "los laboratorios tienen un enorme poder". "Somos un país pastillero", un país que consume el doble de pastillas contra el insomnio y la ansiedad que Estados Unidos, afirma el director del Instituto Catalán de Farmacología, disponible en http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id_noticia=23001&id_seccion=7

Como se puede observar en la tabla, elaborada a partir de datos de la Ocde, España bate récords de gasto en medicamentos sobre el total del gasto sanitario, hasta un 18,9% en 2009, mientras ese mismo año en países con un sistema similar, como Suecia o Reino Unido, el porcentaje fue del 12,5% y del 11,6%, respectivamente. También están por debajo de España otros países desarrollados como Canadá (17%), Francia (16,1%), Alemania (14,9%), Estados Unidos y Suiza (12%), Holanda (9,6%), y Dinamarca y Noruega (7,3%).

En contraste, la UPC del contributivo en Colombia ha tenido un crecimiento real mínimo en la medida en que la virtual totalidad de los años posteriores al 94, y hasta la actualización del POS del año anterior, se ha incrementado prácticamente en el IPC. De acuerdo con Fedesarrollo[56] el gasto en medicamentos cubiertos por el POS del régimen contributivo representó entre el 10% y el 12% del total. Este gasto inclusive tiende a estabilizarse y no presenta grandes diferencias entre EPS. Constituyen el tercer rubro en importancia (después del laboratorio clínico y los procedimientos) en el gasto de las EPS y al igual que los procedimientos de atención en salud, han venido perdiendo participación en el gasto total; de este modo, mientras que en 2006 los medicamentos representaban el 11,8% del gasto total de las EPS, en 2008 su participación se redujo a 10,2% del gasto total.

Contratos por capitación. Para medicamentos ambulatorios en muchas EPS se desarrollaron contratos con Egsf por capitación, en función de un % de la UPC. Este porcentaje no solamente no ha crecido con los incrementos en precios o en gasto sino que ha sufrido una evolución a la baja a lo largo de los años, que sugiere que nuestra hipótesis pudiera ser acertada. De diversas fuentes incluyendo nuestra encuesta, hemos podido establecer que hace 10 años el % de la UPC era de alrededor del 10% y para 2012 se encuentra en algo más del 6%.

Hasta aquí hemos postulado que este tipo de empresas cumplieron una función crucial para el sistema, al hacer operativas las políticas de control de gasto previstas en la Ley 100; selección y competencia. Y como hemos resaltado, lo hicieron adecuando y desarrollando las experiencias del ISS y de las Cooperativas de Hospitales.

56 Fedesarrollo. Núñez Jairo et al. La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. Dinámica del gasto y principales retos hacia el futuro. Julio de 2012. Disponible en http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-2012-Completo.pdf

La pregunta que surge a continuación es si estas empresas crecieron y prosperaron capitalizando los ahorros derivados del poder de negociación que les otorgaban las herramientas de selección y competencia del sistema (generando valores agregados que resultaban interesantes dado que competían entre sí) o si alguna parte de tales ahorros fueron transferidos a otros actores del sistema.

Un primer asunto sobre el cual es necesario hacer claridad, es que el Sgsss de Colombia, ha sido diseñado para estimular a sus actores, públicos y privados, a buscar eficiencias. Entendemos por eficiencia la obtención de los mismos resultados con una inversión menor de recursos. En el caso de las instituciones con fines de lucro (cuya legitimidad el sistema reconoce) el incentivo a la eficiencia es justamente el lucro. En otras palabras, el que las reducciones del gasto se "consoliden" en alguno de los actores del sistema constituye un ahorro para el sistema en su conjunto. Alguien pudiera argumentar que el sistema solamente "gana" cuando los ahorros se trasladen a la UPC de manera que su valor se redujera en proporción a las eficiencias de los actores. No creemos que sea el caso del Sgsss.

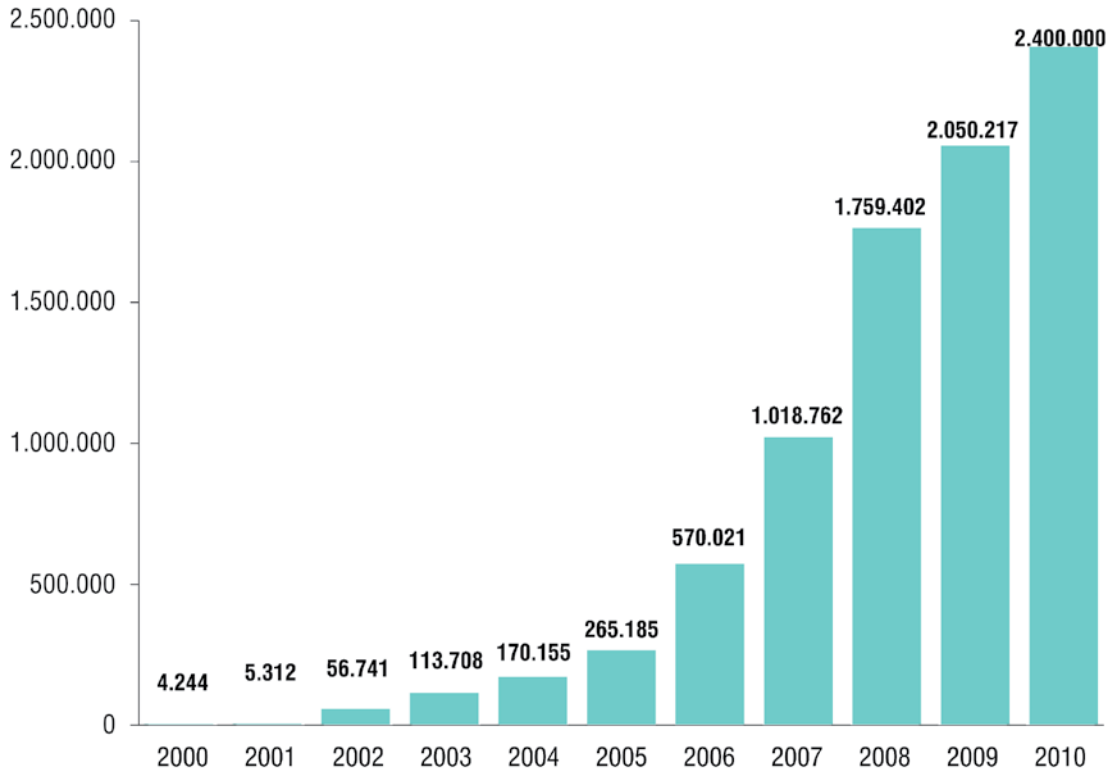
Este resultado se explica y se fundamenta en que las aseguradoras gestionan riesgos y gastos. Si fueran solamente administradoras, su "negocio" estaría en una participación sobre el total de los recursos administrados, con lo que los incentivos apuntarían a que el gasto crezca y las eficiencias no representarían ninguna ganancia.

Sin embargo hay que dejar sentado que ningún análisis sobre el Sgsss en Colombia puede prescindir del explosivo crecimiento en el gasto en el **No POS**. El problema es que ese gasto explosivo no obedece a elementos de diseño del sistema, sino por el contrario a una distorsión brutal de sus normas, mecanismos de control y de vigilancia, que no permite análisis con instrumentos tradicionales.

La figura 7, fue incorporada por el propio Ministerio de Salud y Protección Social al documento Conpes de Política Farmacéutica, muestra la tendencia creciente que no dudamos en calificar de brutal, pues arroja un promedio cercano al 60% anual y una multiplicación por un factor de más de 600 (600 veces) en 10 años.

Figura 7

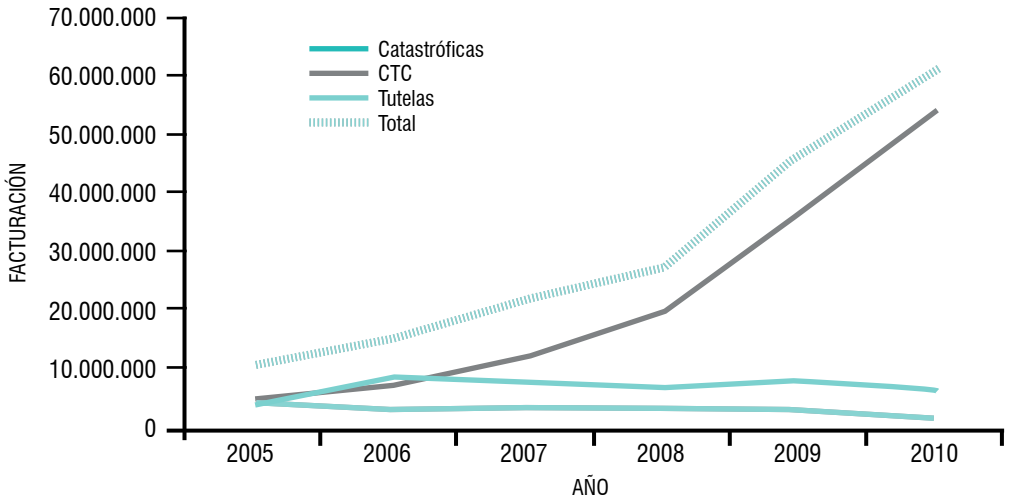
Gasto en recobros 2000 – 2010 Colombia



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Figura 8

Facturación enfermedades de alto costo según ruta administrativa 2005 – 2010



Fuente: Machado Alba JE, Moncada Escobar JC. Evolución del consumo de medicamentos de alto costo en Colombia. Rev. Panam Salud Pública. 2012; 31(4):283–9.

La evaluación del gasto en medicamentos de alto costo realizada por Machado y Moncada[57] muestra un comportamiento interesante, al discriminar si se trata de los productos del POS, o si corresponden a las tutelas y el CTC. Aquellos productos incluidos en la lista de medicamentos del POS, para las enfermedades denominadas catastróficas, experimentaron crecimientos mínimos, en comparación con el crecimiento explosivo del **No POS**.

Hay que anotar que, de acuerdo con la información recolectada, las Egsf, en la medida en que cumplían funciones de adquisición y suministro para las EPS y las IPS, también se sumaron a la espiral de gasto que significaron los recobros.

Así las cosas y a pesar de los buenos resultados en el manejo de los productos POS, los incentivos derivados de la inoperancia del regulador hacen presumir que el grueso del gasto se haya desplazado hacia los productos **No POS**, lo que se ratifica por la tendencia a la "negación" de servicios y medicamentos incluidos en los planes de beneficios según se desprende de los informes de la Defensoría del Pueblo.

En algunos casos en los que existía una importante integración vertical, estas empresas fueron motivo de escándalo en la medida en que los precios de los medicamentos reportados al Ministerio de Salud y Protección Social fueron artificialmente elevados con el objeto de presionar incrementos en la UPC. Nos referimos al estudio realizado por el MPS y por el CID para la Cres en 2010. De estos dos estudios se desprendieron diversas investigaciones por los entes de control debido a la forma en que los precios y el gasto en medicamentos fueron artificialmente modificados, tanto para presionar incrementos en la UPC como para consolidar ganancias en empresas satélites mientras la EPS registraba pérdidas.

Hasta ahora hemos encontrado que este tipo de empresas han cumplido una función de contención del crecimiento en el gasto en medicamentos, obteniendo en algunos casos (especialmente en las empresas privadas) un lucro importante, mientras en otros (especialmente en las Cooperativas de Hospitales) ganancias que se transfieren a las IPS y valores agregados desde la perspectiva técnica. Cabe preguntar si algunos de los ahorros obtenidos se han transferido directamente a las aseguradoras.

57 Machado Alba JE, Moncada Escobar JC. Evolución del consumo de medicamentos de alto costo en Colombia. Rev. Panam Salud Pública. 2012; 31(4):283–9.

Sin duda que tal situación se ha presentado con frecuencia, pero ha sido muy notoria en los recobros de productos **No POS**. De nuevo hemos de recordar el profundo efecto distorsionador del **NO POS** en nuestro sistema, pero en este momento lo que nos interesa discutir es si las ganancias trasladadas a las EPS y convertidas por ellas en lucro, constituyen ganancias del Sgsss en su conjunto.

Hemos de insistir en que el diseño del sistema ha colocado incentivos para que los diferentes actores obtengan eficiencias que traduzcan en ganancias. Independientemente de que exista en el sector salud una cierta tendencia a condenar el lucro *per se*, hay que reconocer que ahorros (ganancias) de cualquiera de los actores, constituyen ganancias del sistema.

CONCLUSIONES

Se identificaron mediante la investigación 86 Empresas de Gestión de Servicios Farmacéuticos, Egsf que ofrecen uno o varios servicios relacionados con el manejo de medicamentos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estos servicios son muy similares a los ofrecidos por las Empresas Administradores de Beneficios Farmacéuticos en los Estados Unidos de América y es un número de empresas mucho mayor a los identificados en los estudios previos que se han limitado a la identificación de operadores logísticos en el manejo de medicamentos.

Estas empresas en su mayoría han crecido bajo la figura de una intermediación entre los aseguradores, los prestadores y los usuarios. La intermediación en general es útil y permanece en el tiempo en la medida en que genera valores agregados y reduce costos.

Las Egsf, que han florecido en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993, han significado sin duda la generación de valores agregados desde la perspectiva de nuevas modalidades de servicios farmacéuticos para los usuarios del Sgsss. No obstante no es claro si adicionalmente han significado reducciones en el costo de los medicamentos. Aunque algunos indicadores apuntan en esa dirección, otros sugieren lo contrario o son al menos materia de debate, particularmente en lo que se refiere a los recobros por los productos **No POS**.

Si bien muchas de las Egsf ya existían antes de la Ley 100 de 1993, particularmente aquellas articuladas al sector público (Cooperativas de Hospitales, Instituto de Seguros Sociales) es a partir de la incorporación del concepto de medicamento esencial y del uso de la DCI al manejo de los medicamentos en el Sgsss que se genera el desarrollo creciente de este tipo de empresas, especialmente en el sector privado.

Estas empresas han generado una suerte de escala ascendente de servicios farmacéuticos que incluye desde la dispensación de medicamentos ambulatorios, hasta el desarrollo de programas de seguimiento farmacoterapéutico, farmacovigilancia, gestión clínica y gestión por resultados de salud. Así mismo han incorporado el desarrollo de sistemas de información para la modernización de la auditoría y el apoyo a la gestión farmacéutica.

En el sector público, en menor medida, las Cooperativas de Hospitales han generado desarrollos similares para sus hospitales y entidades asociadas, que no obstante han sido muy sensibles a la situación de crisis financiera y administrativa que registra el sector hospitalario del Sgsss.

Al comparar las funciones que han cumplido este tipo de empresas en Colombia con las que cumplen las PBM en el sistema de salud de los Estados Unidos, encontramos que, si bien hay algunas coincidencias especialmente por su carácter de intermediación, hay importantes diferencias especialmente derivadas de las políticas para el sector farmacéutico entre los dos países.

El análisis del marco jurídico, para establecer si ha sido un motor del desarrollo de este tipo de empresas o si por el contrario ha sido un freno, muestra unos resultados mixtos. Si bien las normas relativas al Sogc han jugado un papel dinamizador particularmente por los indicadores de calidad de los servicios, los requisitos relativos a los establecimientos farmacéuticos y a la dispensación han sido materia de controversia y han enfrentado grandes dificultades para su aplicación.

La discusión sobre si este tipo de empresas han significado reducciones de costos al sistema de salud se ve profundamente distorsionada por el crecimiento desproporcionado de los recobros por medicamento **No POS**. Al observar solamente indicadores relativos al POS se encuentran datos que definitivamente sugieren una estabilización en los gastos, (reducción de la participación de los medicamentos en contratos de capitación, gastos en Medicamentos POS de alto costo) en un entorno global en el que la tendencia al crecimiento es evidente.

Si bien es materia de controversia si el destino final de estos ahorros que se concentran en los aseguradores y en este tipo de empresas, se traducen en ahorros al sistema en su conjunto, de acuerdo con los fundamentos teóricos y del diseño del sistema, los ahorros de cualquiera de los actores constituyen ganancias del sistema en su conjunto.

Se registra una notable cantidad de producción científica y académica a partir de la experiencia de este tipo de empresas en asociación con las universidades, que hacen que en Colombia se perciba un importante desarrollo de los servicios farmacéuticos.

Referencias bibliográficas

- Alianza de Cooperativas de hospitales Aliancoop. Análisis de matriz de productos ofertados para negociación conjunta de Aliancoop para el año 2012. Informe de consultoría.

- Agudelo Ochoa G. Giraldo Giraldo N. "Soporte Nutricional en el paciente crítico: Una puesta al día" Perspectivas en nutrición humana, Vol. 10 No. 2, págs. 191-211 Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 2008.

- Así vamos en salud. Cómo va la salud en Colombia. Reporte anual 2010. Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/media/santafe/publicacion/374b0fe5cd7a9391ee7ef8aaf49c6683.pdf

- Asociación de Química y Farmacia del Uruguay "Buenas Practicas de Dispensación" Montevideo, Uruguay. 2006.

- Comisión de Regulación en Salud. CRES. Centro de investigaciones para el desarrollo CID. Universidad Nacional de Colombia. Análisis de la metodología de cálculo y estudio de la suficiencia de la UPC. Dic de 2009. Disponible en : https://www.google.com/url?q=http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdos2009/Informe%2520def%2520UPC%2520dic%252030a9.pdf&sa=U&ei=LhPGUK2PLK6TiAeQn4C4CQ&ved=0CAkQFjAB&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNGH_CukMyVJohEsRbYr43ujlJmaqA

- Cortés J. E., Vallejo B, Olaya E. "Estudio descriptivo de los Operadores Logísticos como componentes emergentes dentro de la cadena de valor del medicamento en Bogotá" Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. 2010.

- Congreso de la República de Colombia "Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones" Bogotá, Colombia. 1993.

- Dabbs Garrett A. Garis R. "Leveling the Playing Field in the Pharmacy Benefit Management Industry" Valparaiso University Law Review, Vol. 42, No. 1 pp. 33- 80. Indiana, Estados Unidos de América. 2007.

- Defensoría del pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2011. - 20 años del uso efectivo de la tutela. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutelaDerechosSalud2011a.pdf

- El modelo sanitario del Reino Unido en: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, El Global, Farmaindustria. El medicamento en el mundo: Europa y Estados Unidos. Capítulo 10 [online] Madrid, 2002 [Consulta: 22 de mayo de 2012] Disponible en: http://www3.elglobal.net/servicios8b.asp#libro001

- Fedesarrollo. Núñez Jairo et al. La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. Dinámica del gasto y principales retos hacia el futuro. Julio de 2012. Disponible en http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-2012-Completo.pdf

- Guerrero R. Gallego A. "Sistema de Salud de Colombia", Revista Salud Pública de México, Vol. 53 suplemento 2 pp. S144 – S155. Ciudad de México, México. 2011.

- Jaramillo I., La salud en Colombia. Más claridad, pocos avances. Revista digital razón pública.com enero 07 2013. Disponible en: http://www.razonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/3488-la-salud-en-colombia-mas-claridad-pocos-avances.html

- Martínez Félix. Crisis de la sociedad salarial y protección social. Capítulo del libro Seguridad Social o asistencialismo. Implicaciones para la sociedad y el estado de separar el trabajo del derecho a la seguridad social. ISBN 978-958-631-600-2.Eds USTA. Universidad Santo Tomás de Aquino. Bogotá. 2009.

- Ministerio de Salud. Dirección General para el Desarrollo de Servicios de Salud "Medicamentos a los que usted tiene derecho en el Sistema General de Seguridad Social en Salud" Bogotá, Colombia. 1998.

- Ministerio de la Protección Social. Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011. Bogotá diciembre de 2010. Disponible en: http://www.pos.gov.co/Documents/Estudio_Suficiencia_POS_UPC_2009_Def.pdf

- Ministerio de Salud. Consulta pública Proyecto de registro y vigilancia de productos de origen biológicos y biotecnológicos. Mayo 23 de 2012. Disponible en www.minsalud.gov.co/Paginas/Forms/DispForm.aspx?ID=960

- Ministerio de la Protección Social "Aviso de terminación del proceso de invitación pública no. 2 de 2010, cuyo objeto es la contratación de una empresa para el desarrollo de la metodología de administración de beneficios farmacéuticos (PBM por sus siglas en inglés) para su implementación en el sistema de salud colombiano para eventos **No POS** del régimen contributivo, de manera exclusiva dentro del territorio colombiano" Bogotá, Colombia. 2010.

- Ministerio de la Protección Social "Resolución 1043 DE 2006, Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones" Bogotá, Colombia. 2006.

- Ministerio de la Protección Social "Resolución 1403 de 2007, Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones" Bogotá, Colombia. 2007.

- Ministerio de la Protección Social "Resolución 444 de 2008, por la cual se adopta el Instrumento de Verificación de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Elaboración de preparaciones magistrales y se dictan otras disposiciones" Bogotá, Colombia. 2008.

- Ministerio de Salud y Protección social. Sistema de información de medicamentos. SISMED. Componente de medicamentos del sistema de información de protección Social SISPRO. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema%20de%20Informaci%C3%B3n%20de%20Precios%20de%20Medicamentos.aspx

- Moreno César. Visión Histórica de la farmacia en Colombia. Unidad regional Cundinamarca. Colegio nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia. Grupo editorial APSIS. Bogotá Colombia 2007. ISBN: 985-33-9773-3.

- ORAS- CONHU. Política Andina de Medicamentos. Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos / Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue -- Lima: ORAS-CONHU; 2009. Disponible en http://www.orasconhu.org/documentos/Politica%20andina%20de%20medicamentos%202009.pdf

- Office of Fair Trading – OFT. UK. Medicines distribution [online] Diciembre de 2007 [Consulta: 15 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.oft.gov.uk/shared_oft/reports/comp_policy/oft967.pdf

- Organización Mundial de la Salud. Zerda A, Velásquez G, Tobar F, Vargas J. Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos. Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala. 2001. Disponible en: http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2958s/

- The Global Fund. Annual report 2011. Disponible en: http://www.theglobalfund.org/documents/publications/annual_reports/Corporate_2011Annual_Report_en/

- The Kaiser Family Foundation, KaiserEDU.org. International Health Systems – United Kingdom [online] [Consulta: 15 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.kaiseredu.org/Issue-Modules/International-Health-Systems/UK.aspx

- Torres Valdivieso S. García Cáceres R. "Formas de gobernación de la cadena de abastecimiento: revisión bibliográfica y propuesta de modelo de investigación" Cuadernos de Administración., Vol. 21 No. 35, pp. 65-91, Bogotá, Colombia. 2008.

- United Kingdom, Department Health. Trading medicines for human use: Shortages and supply chain obligations [online] December 2010. Gateway number 15176 [Consulta: 20 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_122741

- Universidad de Antioquia. Facultad de Farmacia. Memorias del primer congreso colombiano de Atención Farmacéutica. Vitae. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Volumen 18 suplemento 1, Septiembre 2011 págs. S1 – S120

- Vásquez Velásquez J. et al. "Regulación en el mercado farmacéutico colombiano" Revista de Ciencias Sociales (RCS) Vol.16, No. 2, pp. 197 – 209. Bogotá, Colombia. 2010.

- Zuleta Estanislao. Elogio de la dificultad y otros ensayos. Fundación Estanislao Zuleta. Feriva S.A. Cali. Colombia. Primera edición 1994. Quinta edición 2001.ISBN: 958-33-2851-0

ANEXO 1

DEFINICIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO

El Decreto 2200 de 2005 en su artículo 4 define el Servicio farmacéutico como el servicio de atención en salud responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo, relacionados con los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva.

Sus objetivos son:

1. Promover y propiciar estilos de vida saludables.

2. Prevenir factores de riesgo derivados del uso inadecuado de medicamentos y dispositivos médicos y promover su uso adecuado.

3. Suministrar los medicamentos y dispositivos médicos e informar a los pacientes sobre su uso adecuado.

4. Ofrecer atención farmacéutica a los pacientes y realizar con el equipo de salud, todas las intervenciones relacionadas con los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para el cumplimiento de su finalidad, cuyas funciones son:

   - Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar los servicios relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos ofrecidos a los pacientes y a la comunidad en general.

   - Promover estilos de vida saludables y el uso adecuado de los medicamentos y dispositivos médicos.

   - Seleccionar, adquirir, recepcionar y almacenar, distribuir y dispensar medicamentos y dispositivos médicos.

- Realizar preparaciones, mezclas, adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos, sujeto al cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura exigidas para tal fin.

- Ofrecer la atención farmacéutica a los pacientes que la requieran.

- Participar en la creación y desarrollo de programas relacionados con los medicamentos y dispositivos médicos, especialmente los programas de farmacovigilancia, uso de antibióticos y uso adecuado de medicamentos.

- Realizar o participar en estudios relacionados con medicamentos y dispositivos médicos, que conlleven el desarrollo de sus objetivos, especialmente aquellos relacionados con la farmacia clínica.

- Obtener y difundir información sobre medicamentos y dispositivos médicos, especialmente, informar y educar a los miembros del grupo de salud, el paciente y la comunidad sobre el uso adecuado de los mismos.

- Desarrollar y aplicar mecanismos para asegurar la conservación de los bienes de la organización y del Estado, así como, el Sistema de Gestión de la Calidad de los procesos, procedimientos y servicios ofrecidos.

- Participar en los Comités de Farmacia y Terapéutica, de Infecciones y de Bioética de la institución.

En el Marco internacional, la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron un documento conjunto de buenas prácticas en farmacia[58].

En este documento se define que el propósito de la práctica farmacéutica es "contribuir al mejoramiento de la salud y apoyar a los pacientes con sus problemas de salud haciendo el mejor uso de los medicamentos".

58 FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services. WHO Technical Report Series, No. 961, 2011. Geneva: World Health Organization, 2011

Las Buenas Prácticas de Farmacia se definen como "la práctica de farmacia que responde a las necesidades de la gente que usa los servicios farmacéuticos para la provisión de atención óptima basada en la evidencia y están agrupadas en cuatro roles o funciones principales de los farmacéuticos:

Rol 1. Preparar, obtener, almacenar, asegurar, distribuir, administrar, dispensar y disponer los medicamentos, que comprende las funciones de:

a) Elaborar preparaciones magistrales y extemporáneas

b) Obtener, almacenar y asegurar los medicamentos y preparados farmacéuticos

- Garantizar procesos de suministro transparentes y rendición de cuentas.
- Asegurar la calidad de los medicamentos.
- Contar con sistemas de información que permitan seguridad, oportunidad y acceso a la información.
- Establecer planes de contingencia para las rupturas de inventarios y compras de emergencia.
- Asegurar condiciones apropiadas de almacenamiento, especialmente para los medicamentos de control.

c) Distribuir los medicamentos y preparaciones farmacéuticas

- Asegurar que los medicamentos sean manejados y distribuidos en forma segura, que incluya procedimientos escritos, que permitan identificar efectiva y rápidamente y recoger medicamentos defectuosos, mal rotulados, falsificados, etc.
- Desarrollar planes de suministro oportuno con productores, distribuidores y agencias de gobierno para situaciones de pandemias y desastres.

d) Distribuir medicamentos, vacunas y otras medicaciones inyectables.

- Establecer procedimientos con respecto a la administración y monitoreo de vacunas y otras preparaciones inyectables de administración ambulatoria.

- Educar, facilitar y participar en programas de vacunación, asegurando la cobertura y seguridad de las vacunas.

- Participar en programas de terapia supervisada en tuberculosis, adicción a drogas, VIH.

e) Dispensar medicamentos.

- Asegurar apropiadas instalaciones, personal entrenado, procedimientos y prácticas para la dispensación de medicamentos y otros productos para el cuidado de la salud.

- Evaluar las prescripciones antes de entregar los medicamentos considerando los aspectos terapéuticos sociales, económicos y legales. Cuando sea posible recomendar la sustitución por genéricos.

- Asegurar la confidencialidad al paciente y dar la información suficiente oral o escrita que derive en el máximo beneficio del tratamiento.

f) Disponer de medicamentos y preparaciones farmacéuticas.

- Realizar control de inventarios, fechas de vencimiento y retiro de productos caducados.

- Asegurar que los productos farmacéuticos que se ordenan retirar, incluyendo muestras, sean inmediatamente almacenadas separadamente y la subsiguiente disposición para prevenir su distribución o dispensación.

- Establecer una forma segura de la disposición de medicamentos en la farmacia del hospital o la comunidad y promover ante pacientes y público la devolución de medicamentos y dispositivos médicos expirados o no deseados o información apropiada para su disposición.

ROL 2: Proveer una gestión efectiva de la terapia medicamentosa.

a) Evaluar el estado de salud del paciente y sus necesidades.

- Asegurar que en el cuidado de la salud, la prevención de enfermedad y comportamientos de vida saludable sean incorporados en los procesos de atención y evaluación de salud.

- Considerar el nivel de educación, creencias culturales, lengua nativa y capacidad mental.

b) Manejo de la terapia medicamentosa del paciente.

- Contar con acceso a evidencia sobre seguridad, uso racional y costo efectividad de los medicamentos, revistas, textos de referencia, guías de tratamiento, etc.

- Asegurar que el sistema de formulario esté coordinado con las guías de tratamiento, y protocolos con la mejor evidencia posible.

- Participar en la educación a prescriptores sobre acceso a la evidencia para un óptimo uso de los medicamentos, incluyendo parámetros y ajustes de prescripción. Cuando sea apropiado advertir o recomendar al prescriptor sobre la selección o dosificación de los medicamentos.

- Tener acceso a los datos clínicos del paciente para asegurar una terapia efectiva, especialmente cuando varios profesionales están envueltos en la medicación del paciente e intervenir si es necesario.

- Establecer procedimientos operativos estandarizados para la referencia con médicos, especialistas y otros agentes de atención de salud cuando sea apropiado.

- Proveer continuidad de la atención mediante transferencia de información sobre los medicamentos del paciente entre los distintos sectores de atención de salud.

c) Dar seguimiento al progreso del paciente y los resultados.

- Considerar el diagnóstico del paciente y sus necesidades cuando se evalúe la respuesta del paciente a la terapia medicamentosa e intervenir si es necesario.
- Documentar los datos clínicos necesarios del paciente para evaluar y dar seguimiento a los resultados terapéuticos.
- Desarrollar técnicas de monitoreo de la farmacoterapia para ajustar la terapia cuando sea necesario.

d) Dar información sobre los medicamentos y aspectos relacionados con la salud.

- Asegurar que en la farmacia exista un lugar adecuado para discutir información confidencial con usuarios y pacientes.
- Proveer al paciente información suficiente sobre la salud, enfermedad y de los medicamentos para su participación en la toma de decisiones con el fin de obtener la adherencia al tratamiento y empoderar al paciente.
- Informar sobre el uso apropiado de los antimicrobianos a usuarios y prescriptores.

ROL 3: Mantener y mejorar el desempeño profesional.

a) Planear e implementar estrategias para el desarrollo continuo y mejorar su futuro desempeño.

- Entender que la educación es a lo largo de la vida y evidenciar que la educación continua mejora los conocimientos clínicos, habilidades y desempeño.
- Actualizar su conocimiento y habilidades en terapias alternativas y complementarias.

- Actualizar su conocimiento e involucrarse en la implementación de nuevas tecnologías y automatización de la farmacia.

- Estar actualizado sobre los cambios de información de productos farmacéuticos.

ROL 4: Contribuir al mejoramiento de la efectividad del sistema de atención de salud y la salud pública.

a) Difundir información evaluada sobre medicamentos y otros aspectos del auto cuidado de la salud.

- Asegurar que la información provista a pacientes, otros profesionales de la salud y público en general sea basada en la evidencia, objetiva, entendible, no promocional, segura y apropiada.

- Desarrollar y-o usar material educativo para la gestión de salud, promoción y programas de prevención de la salud dirigido a un amplio rango de población de pacientes, grupos etarios y niveles de educación.

- Educar a los pacientes sobre cómo usar y evaluar información de la web y otras formas de información de salud, incluyendo medicamentos, especialmente la encontrada en internet.

- Asistir a los pacientes y proveedores de cuidados de salud para obtener análisis crítico de la información para sus necesidades individuales.

b) Involucrarse en servicios y actividades de atención.

- Involucrarse en actividades de atención preventiva que promueva la salud pública y prevenga la enfermedad, tales como cesación de fumar, infecciones y enfermedades de trasmisión sexual.

- Proveer, cuando corresponda, pruebas diagnósticas y otras pruebas de tamizaje para pacientes en riesgo de enfermedad.

c) Cumplir con las obligaciones profesionales, guías y la legislación.

- Cumplir con los códigos nacionales de ética de los farmacéuticos.

d) Abogar y apoyar las políticas que promuevan el mejoramiento de los resultados en salud.

- Contribuir con el público y los grupos de profesionales en la promoción, evaluación y mejoramiento de la salud en la comunidad.

- Colaborar con otros profesionales de salud en sus esfuerzos para mejorar los resultados en salud".

Buscando Remedio es el nombre del que probablemente sea el único manual de terapéutica en Atención Primaria, diseñado en la Nicaragua de los años 80 por un grupo de profesionales de la salud de distintos continentes y diferentes países agrupados en Acción Internacional para la Salud –Ais Nicaragua– y centrado especialmente en el uso apropiado de los medicamentos.

Sus autores nos han permitido generosamente utilizar el nombre de su reconocido manual, para bautizar la serie de documentos de investigación con los que Ifarma espera aportar al análisis de la política farmacéutica de Colombia y de otros países. La situación del manejo de los medicamentos en el mundo atraviesa por enormes dificultades en el acceso y en el uso. La de Colombia es una catástrofe. Ifarma, Misión Salud y la Alianza Lac-Global por el Acceso a Medicamentos quieren contribuir con sus análisis, Buscando Remedio.

IFARMA