

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
Facultad de Ciencias Médicas
Post Grado en Salud Pública



TESIS

Acceso a Medicamentos Esenciales: Expresión del
Derecho a la Salud en la Ciudad de Tegucigalpa
Honduras. Segundo Semestre Año 2009

SUSTENTADA POR:

Jorge Alberto Sierra Barahona

Previa Opción al Grado de
Master en Salud Pública

ASESORAS

Msc. María Elena Cáceres Montecinos
Msc. Eva Luz Sánchez De Alvarado (Q. D. D. G.)

Tegucigalpa M. D. C.

Honduras C. A.

Diciembre 2009

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS (UNAH)
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POST GRADO EN SALUD PUBLICA**



TESIS

**ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES: EXPRESIÓN DEL DERECHO A
LA SALUD EN LA CIUDAD DE TEGUCIGALPA, HONDURAS. SEGUNDO
SEMESTRE AÑO 2009**

SUSTENTADA POR:

JORGE ALBERTO SIERRA BARAHONA

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE
MASTER EN SALUD PÚBLICA**

ASESORAS

**Msc. MARIA ELENA CACERES MONTECINOS
Msc. EVA LUZ SANCHEZ DE ALVARADO (Q.D.D.G.)**

TEGUCIGALPA, M.D.C. DICIEMBRE 2009

HONDURAS, C.A.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTORA

LIC. JULIETA GONZALINA CASTELLANOS RUIZ

VICE RECTORA ACADÉMICA

DRA. RUTILIA CALDERÓN PADILLA

VICERRECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES

DR. ERNESTO PAZ AGUILAR

VICE RECTORA DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES

DRA. AMÉRICA ALVARADO DÍAZ

SECRETARIA GENERAL

LIC. ENMA VIRGINIA RIVERA MEJÍA

DIRECTOR DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS

DR. ROLANDO AGUILERA LAGOS

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DR. DAGOBERTO ESPINOSA MOURRA

COORDINADORA GENERAL DEL POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA

MSC. ASTARTE ALEGRÍA

TERNA EXAMINADORA

Msc. MARÍA ELENA CÁCERES MONTECINOS

Dra. MARÍA FELIX RIVERA

Dra. EDNA JANETH MARADIAGA

INDICE

1. CAPITULO 1 : INTRODUCCIÓN	
1.1. Sobre el tema	5
1.2. ¿Por qué el interés?	8
1.3. Objetivos	11
2. CAPÍTULO II: ENFOQUE TEÓRICO	
2.1. La salud	12
2.2. Los determinantes de la salud en Honduras	13
2.3. Los derechos humanos y la salud	24
2.4. Medicamentos y derecho a la salud	27
2.5. El acceso a medicamentos como una expresión del derecho a la salud	31
3. CAPITULO III: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	
3.1. Diseño	46
3.2. Área de estudio	53
3.3. Universo y muestra	51
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
4.1. Disponibilidad de los medicamentos	52
4.2. Precio de venta al detalle	60
4.3. Capacidad de pago de los medicamentos	63
4.4. Otros aspectos de la accesibilidad de la población a los medicamentos	65
4.5. Discusión	73
5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y REDCOMENDACIONES	77
BIBLIOGRAFÍA	82
ANEXOS	84

ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES: EXPRESIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN LA CIUDAD DE TEGUCIGALPA, HONDURAS EN EL AÑO

2009

1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Sobre el tema

El acceso a medicamentos es uno de los principales problemas que enfrenta la población en su encuentro con el sistema de salud, por razones de orden institucional, geográfico, económico, cultural y étnico entre otras. A pesar de que el país cuenta con un mercado de medicamentos relativamente amplio, la oferta está frecuentemente representada por productos farmacéuticos importados de alto costo y con una red de distribución y comercialización limitada a las áreas geográficas de mayor concentración poblacional.

Hay enormes desafíos en los procesos de programación de los medicamentos en el país, debido a los deficientes y poco tecnificados mecanismos de estimación de necesidades de este y otros insumos críticos desde los niveles periféricos, hasta los centrales de la Secretaría de Salud y del Instituto Hondureño de Seguridad Social, instituciones que juntas cubren cerca del 85% de la población del país¹. En el proceso de proyección de las necesidades de medicamentos se hace muy

¹ Plan Nacional de Salud, 2021. Secretaría de Salud de Honduras. p 30

limitado uso de la información generada en la red de servicios del sistema de salud.

Un problema altamente relacionado con el anterior y que incide en el acceso real a medicamentos esenciales es la inadecuada selección y uso indebido de los medicamentos, problema común sobre todo en los países de menor desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), por ejemplo, calcula que el 50% de los medicamentos en el mundo se prescriben, venden o suministran erróneamente².

De acuerdo con datos empíricos en el Sistema Nacional de Salud las entregas de medicamentos, que se realizan en períodos trimestrales, son cada vez menos suficientes, y presentan serios desabastecimientos tanto en el número de líneas de medicamentos que se asignan así como en las cantidades de cada medicamento.

Este es un factor que incide cada vez más en la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, limita la capacidad de oferta de los servicios y condiciona de manera aun no estudiada la demanda de los mismos.

La red de servicios estatal atendió durante muchos años un perfil epidemiológico conformado principalmente por enfermedades de naturaleza infecciosa transmisible. Las enfermedades crónicas han emergido intensamente, en los últimos años como unas de las principales causas de la demanda. Por su naturaleza requieren tratamiento prolongado o permanente, y su programación es

² Seuba Hernández, Xavier. Medicamentos, los beneficios de la salud. Madrid. 2005

aun deficiente, con mucha subestimación tanto en su cantidad como en su costo. La enfermedad hipertensiva y la diabetes son algunas de las enfermedades crónicas que la red vigila y atiende. Esta atención es deficiente por causa de las fluctuaciones en la existencia de medicamentos durante los diferentes meses del año, limitando la continuidad y regularidad del régimen terapéutico de grandes grupos de la población que padece estas enfermedades. Los productos oncológicos son otro ejemplo evidente de cómo la deficiente dotación de medicamentos, condiciona en gran manera la limitadísima oferta para atender la morbilidad por estas patologías e incrementa la mortalidad temprana por esta causa.

Una situación similar vive la población con enfermedades de alto costo de tratamiento y baja disponibilidad de medicamentos, como la infección por VIH.

Una de las variables que interviene con mucho peso en el acceso de la población a los medicamentos es el alto costo de adquisición de estos insumos en el mercado nacional, lo que se combina con la deficiente asignación financiera para su adquisición en los servicios estatales. Los presupuestos para la compra de medicamentos no han crecido, en la proporción en que han crecido los precios de los mismos, ni con el incremento de la demanda de los servicios de atención. "La accesibilidad financiera no es la única razón por la que las personas no pueden obtener los medicamentos que necesitan, pero probablemente sea la más importante"³.

³ ONUSIDA, 1999

Se ha estimado que la asignación presupuestaria nacional para la adquisición de medicamentos sufre una crónica insuficiencia de aproximadamente el 50% de las proyecciones anuales, lo que hace suponer también una dotación crónicamente insuficiente de estos productos sanitarios. Estimaciones nacionales calculan un desabastecimiento anual que oscila entre el 45 y 60% en la red de servicios públicos.

Pese a las limitaciones presupuestarias existentes y el nivel de desabastecimiento en la red de servicios de salud pública, la Secretaría de Salud hace entrega gratuita, o a muy bajo costo, de medicamentos a los usuarios de los servicios, independientemente de su capacidad económica.

El alto costo de los medicamentos y otros elementos de la entrega de servicios en el mercado privado ha derivado la demanda a los servicios públicos por población que tradicionalmente no los utilizaba, causando una menor disponibilidad de medicamentos para el sector más pobre de la población y hace cada vez mayor la proporción del presupuesto familiar que se dedica a la adquisición de fármacos entre las familias de más bajos ingresos, efecto evidentemente regresivo para la economía familiar.

1.2. ¿Por qué el interés?

La necesidad de garantizar el acceso a los medicamentos esenciales ha sido calificada por el Secretario General de las Naciones Unidas como esencial para el respeto de los derechos humanos de aquellos afectados. La pasividad de algunos estados ante el problema, dándose incluso casos de inactividad y desatención de

los enfermos a pesar de tener recursos suficientes, colisiona con varias de las obligaciones derivadas de los convenios de protección de los derechos humanos, en especial las relativas al derecho a la salud. Pero también compromete el derecho a la vida y a participar de los beneficios del progreso científico y técnico.

Hay dos aspectos de gran importancia en el tema tan relevante de la relación entre Estado, población y medicamentos esenciales: Uno de ellos deriva de los aspectos relacionados con los medicamentos mismos y como estos elementos influyen en el acceso de la población a ellos. El precio es el aspecto que principalmente determina las posibilidades de adquisición por parte de los países, agencias o los proveedores, que los requieren para la adecuada ejecución de sus programas o actividades prioritarias, para las cuales los medicamentos son un insumo esencial; o bien la adquisición por parte de las familias y personas que los necesitan para la resolución de sus problemas de salud y por los cuales deberían demandar la atención de los servicios de salud.

El otro aspecto tiene relación con la responsabilidad de las instancias estatales de garantizar la disponibilidad de los fármacos que demandan las necesidades de la población. En este sentido hay muchos elementos involucrados, como el diseño de políticas, la emisión de leyes y mecanismos de regulación que garanticen la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad de los productos farmacéuticos en el país. El ejercicio de la autoridad sanitaria nacional a través de la correspondiente secretaría de estado es una responsabilidad constitucional que no puede ni debe obviarse.

Pero no sólo la regulación como expresión de la rectoría en salud es importante en el caso de Honduras. El Estado a través de la Secretaría de Salud es hasta ahora el principal y más grande proveedor de servicios de salud y deviene en la obligación de garantizar en sus servicios la disponibilidad permanente de los medicamentos esenciales para atender los problemas de salud que aquejan a sus usuarios actuales o potenciales.

La caracterización de la situación de los medicamentos esenciales en los servicios públicos y los costos de su adquisición en el mercado nacional constituyen una prioridad para develar el hecho de ¿Cómo el país está cumpliendo con la garantía del derecho de la población a los medicamentos esenciales, como una expresión concreta del cumplimiento del derecho a la salud?

1.3. Objetivos

Objetivo general

Analizar el cumplimiento del derecho a la salud a través del acceso a los medicamentos esenciales en los servicios de salud en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras.

Objetivos específicos

1. Analizar la disponibilidad y precio de los medicamentos esenciales en los establecimientos de salud de los sectores público y privado en la ciudad de Tegucigalpa.
2. Determinar la accesibilidad económica de la población a los medicamentos esenciales a través de patologías seleccionadas.
3. Establecer la relación entre la disponibilidad de medicamentos y la demanda de la población a los servicios de salud.

CAPÍTULO II: ENFOQUE TEÓRICO

2.1. La salud

Es necesario entender al complejo salud-enfermedad como un proceso histórico, multidimensional, biológico y social y cuyo nivel refleja el compromiso de la sociedad hacia la equidad y la justicia.

El proceso salud-enfermedad forma parte de las condiciones de vida del individuo, y de los grupos humanos, pero a su vez está condicionado por ellas. De esto se deduce la ineludible multidimensionalidad de su red causal y la intersectorialidad y transdisciplinariedad de las intervenciones para la solución de los problemas.

La salud pública asume la responsabilidad de la salud en la colectividad, vista desde la perspectiva de la solidaridad social y del enfoque poblacional. Estas dos dimensiones constituyen una unidad sinérgica. Se entiende a la salud pública como una responsabilidad del gobierno, con la amplia participación de los otros sectores sociales y de la ciudadanía, en la integración del conjunto de sus funciones en lo atinente a procurar la cohesión social y la provisión de políticas y servicios sociales que mejoren las condiciones de vida de la población.

La profundización de la democracia requiere del desarrollo de la solidaridad social entre los diferentes grupos de la sociedad, la participación social en las decisiones y el control social sobre la gestión pública. Resulta así, necesaria, una cultura de diálogo, negociación y concertación, lo que exige fortalecer también la sociedad

civil y desarrollar la ciudadanía para asegurar la transparencia y la rendición de cuentas.

Es indispensable, en el análisis de la equidad, la consideración sobre quienes reciben los servicios de salud, cómo, qué y cuantos, y sobre quienes, cómo y en cuanto contribuyen a financiar el sistema de salud. En otras palabras resulta necesario completar el análisis con el estudio del origen, flujo y destino del financiamiento del sector y de las instituciones que lo conforman, y por lo tanto la evaluación de su función redistributiva, en tanto la principal función de cualquier esquema impositivo no es la de financiar el gasto de la administración del gobierno sino la redistribución del producto social.

2.2. Determinantes sociales, políticos y económicos de la salud en Honduras

Para tener un panorama meridiano de la salud en el país se debe remitir a las concepciones de equidad y esta no puede ser vista sino a través del lente de los determinantes sociales, políticos y económicos de la salud.

Honduras es una república democrática e independiente, con un gobierno organizado en tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. La administración pública se ejerce en forma centralizada, pero en la actualidad se está realizando una transferencia gradual de funciones a los gobiernos municipales sustentada en la Ley de Municipalidades. La administración de los distintos sectores está encomendada a las Secretarías de Estado, algunas de las cuales están desconcentradas territorialmente en Oficinas Regionales. La Secretaría de

Finanzas administra los recursos financieros del Estado, que supervisa la recaudación por medio de sus oficinas regionales.

El Gabinete Social se encarga de proponer al Presidente de la República las medidas de política social. Cada una de las municipalidades, como instancia de gobierno local, goza de autonomía para formular y gestionar sus propios programas de desarrollo. La política de salud se inserta en los programas nacionales a través de planes y programas estratégicos. En general, los servicios públicos estatales o municipales, las empresas autónomas del Estado y las entidades privadas, con o sin fines de lucro, cubren las necesidades de la población.

Honduras fue incluida en la iniciativa para los Países Pobres Muy Endeudados (PPME), ya que mantuvo hasta 2005 una deuda externa de más de US\$ 4.000 millones. Durante ese año, varios gobiernos condonaron al país cerca de 15% de la deuda y un año después condonaron un 45% adicional⁴ y cerca de 19% adicional para el año 2007⁵, con la condición de que esos fondos se orientaran hacia la población pobre en el marco de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP). Al 31 de marzo del 2008 la deuda pública externa de Honduras muestra un saldo de US\$ 2,106.98 millones⁶.

⁴ Honduras. Secretaría de Finanzas. Informe de la deuda pública, enero a diciembre 2005.

⁵ Banco Central de Honduras. Honduras en Cifras 2003 – 2007. Disponible en www.bch.hn. Acceso 24 de julio de 2008

⁶ Honduras. Secretaría de Finanzas. Informa de la deuda pública, enero a marzo 2008. Disponible en www.sefin.gob.hn. Acceso el 24 de julio de 2008

En el tercer trimestre de 2007 el área programática denominada “mayor y mejor acceso a servicios de salud” de la Estrategia de la Reducción a la Pobreza (ERP) representó 18.1% del gasto equivalente a 1,5% del producto interno bruto (PIB)⁷.

Con un ingreso nacional bruto per cápita de US\$ 1.030 en 2004, casi dos tercios de los habitantes viven en condiciones de pobreza, y la mitad en pobreza extrema. La situación empeora en la zona rural, donde 66% de los habitantes viven en condiciones de extrema pobreza⁸. La inequidad aunque ha mejorado, es aún muy grande en el país: En mayo de 2005 las personas del Quintil 5 percibían 36 veces el ingreso de los ciudadanos del Quintil 1, situación que se ha venido reduciendo hasta situarse en 27 veces el ingreso en mayo 2007, según cifras oficiales⁹.

Por su parte, las remesas anuales provenientes de los Estados Unidos pasaron de US\$ 883 millones en 2003 a US\$ 1.817 millones en 2005. Según la medición de necesidades básicas insatisfechas en 2001, del total de viviendas estudiadas, en 10,7% había niños que no asistían a la escuela primaria, 18,0% no contaban con conexión de agua en su interior, 31,7% no tenían saneamiento adecuado, en 16,8% se vivía en condición de hacinamiento y 21,2% de las familias no tenían capacidad de subsistencia¹⁰. Estos valores promedio de los indicadores

⁷ Honduras. Secretaría del Despacho Presidencial. Unidad de Apoyo Técnico. Informe de Avance de la ERP, Tercer trimestre de 2007. Secretaría del Despacho Presidencial. 2007. Nota: La tasa de pobreza para Diciembre 2007 fue de 60.1%, habiendo sido de 64.5 en 2001

⁸ Honduras, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Tegucigalpa. INE. 2004

⁹ Honduras. Secretaría del Despacho Presidencial. Unidad de Apoyo Técnico. Informe de Avance de la ERP, Tercer trimestre de 2007. Secretaría del Despacho Presidencial. 2007.

¹⁰ Honduras, Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y Vivienda 2001. Tegucigalpa. INE 2003

nacionales fueron aún menores en los municipios del occidente hondureño y en la zona de la Mosquitia (departamento de Gracias a Dios).

Aunque la tendencia de muchos indicadores sociales resultó favorable en la década pasada, las perspectivas de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de la ERP son inciertas. Un factor negativo es el alto nivel de corrupción que permea los diferentes estratos de los sectores público y privado, y que la población percibe como un obstáculo para la gobernabilidad y el desarrollo¹¹.

El alfabetismo en adultos es de 80% a nivel nacional y de 72% en la zona rural, pero no se conocen cifras acerca de la funcionalidad de este alfabetismo. La duración promedio de los estudios es de 6,2 años en el ámbito nacional y de 4,5 años en la zona rural. Sin embargo, la desigualdad de estos indicadores a nivel departamental es marcada y nuevamente los menores valores se registran en la Zona Occidente¹². En 2003, la asistencia escolar fue de 65,9% en el nivel primario.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La población aumentó en más de 600.000 habitantes entre 2001 y 2005, de modo que llegó en ese último año a poco más de 7 millones. A pesar de la disminución continua de la tasa anual de crecimiento, se espera que en 2010 habrá casi 1 millón más de habitantes, la esperanza de vida continuará aumentando y la proporción de habitantes en zonas rurales seguirá disminuyendo (Cuadro 1). La

¹¹ Mercaplan Centroamérica. Encuesta Nacional sobre Percepción de corrupción en Honduras 2001. Banco Mundial.

¹² Censo Nacional de Población y Vivienda 2001

evolución de la estructura de la población de Honduras por edad y sexo para 1988 y 2005, señala una alta proporción de población joven y una tendencia creciente de adultos mayores.

CUADRO 1. Características demográficas, Honduras, 2001, 2005, y proyecciones para 2010.

	2001	2005	2010
Población total (habitantes)	6.530.331	7.197.303	8.045.990
Menores de 15 años	2.722.205	2.911.873	3.087.979
Mayores de 64 años	239.994	278.762	332.554
Población rural (%)	53,7	51,3	48,7
Tasa de crecimiento anual (%)	2,5	2,4	2,1
Tasa global de fecundidad (h/m)	4,1	3,79	3,4
Tasa bruta de mortalidad	5,2	4,9	4,6
Tasa bruta de natalidad	32,8	30,8	27,8
Esperanza de vida al nacer (años)	70,8	72,1	73,6
Hombres	67,5	68,7	70,1
Mujeres	74,3	75,7	77,2
Migración internacional (tasa)	-2,5	-2,2	-2,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyecciones de Población 2001–2015. Tegucigalpa: INE; 2004.

En el censo de 2001 la tasa global de fecundidad osciló entre 3,2 hijos por mujer en el departamento de Francisco Morazán, sede de la capital, y 6,3 en Lempira, uno de los departamentos más pobres del país. Las tasas de natalidad y mortalidad general decrecientes ubican al país dentro de la llamada transición demográfica moderada.

La tasa bruta de mortalidad para 2005 representó aproximadamente 35.000 defunciones anuales. Según datos del Instituto Nacional de Estadística basados en información del Registro Nacional de las Personas (Estadísticas de Hechos Vitales 2003 – 2005, documentación institucional), la omisión del registro de mortalidad, que se mantuvo por décadas cercana a 50%, disminuyó a 42% en 2004 y a 37% en 2005, con un margen de variación departamental que fluctúa entre 15% en Choluteca y 85%, en Gracias a Dios, para el último año. Sin

embargo, persisten la baja cobertura y la calidad deficiente del registro médico de la causa de muerte, lo que dificulta la determinación del perfil nacional de la mortalidad tanto general como por grupos específicos de edad y sexo. Solo se cuenta con perfiles basados en las defunciones registradas en hospitales de la Secretaría de Salud y del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), las cuales representan 20% de las muertes anuales estimadas en el país (véase el cuadro 2).

CUADRO 2. Principales causas de muerte^a en hospitales de la Secretaría de Salud y el IHSS. Honduras, 2004.

Causas	% ^{a,b}
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	18,8
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6,3
Diabetes mellitus	5,6
Enfermedades cerebrovasculares	5,0
Eventos de intención no determinada	4,6
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	4,4
Influenza y neumonía	4,3
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	4,0
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	3,6
Enfermedades isquémicas del corazón	3,1

^aDatos solamente de hospitales de la Secretaría de Salud y del IHSS.

^bRepresenta solamente 20% del total estimado de defunciones a nivel nacional.

Fuente: OPS/OMS Honduras.

El país es muy vulnerable a los desastres naturales y se ha visto históricamente afectado por fenómenos naturales como huracanes, sequías, movimientos sísmicos, inundaciones y deslizamientos, que han provocado, además de miles de pérdidas de vida, daños graves en la infraestructura del país y atraso en su desarrollo. Se considera que 20% de la población vive en zonas de riesgo. Las zonas más vulnerables a los huracanes e inundaciones son la zona insular del Atlántico y las tierras bajas del norte y litoral atlántico, donde se hallan asentadas

importantes concentraciones de población. Los movimientos sísmicos han ocasionado daños en las zonas oriental, occidental y central del país, y el mayor riesgo de deslizamientos de tierra, ocasionados por el exceso de precipitaciones y por el grado de deterioro ambiental, se presenta en la capital, Tegucigalpa, y en menor escala en las zonas Norte y Occidente.

Las sequías han provocado graves daños a la economía de las familias hondureñas, principalmente en el sur del país. Su impacto en el aprovisionamiento de agua se siente a nivel nacional con el descenso y el agotamiento, en algunos casos total, de las fuentes superficiales y subterráneas, que se traduce en drásticos racionamientos. La vulnerabilidad puede aumentar a causa de la actividad humana irrestricta, que acelera la erosión del suelo y la degradación de cuencas. Se registran pérdidas forestales de más de 80.000 hectáreas por año, que afectan en particular a las regiones Sur y Occidente, en grado intermedio a la región Central, y en menor escala a la región Oriental.

Desde el punto de vista del desarrollo humano, el Índice de Desarrollo Humano - que mide la esperanza de vida al nacer, los logros educacionales y el Producto Nacional Bruto- ubicó en el informe de 2003 a nuestro país con un puntaje de 0.667, lo cual equivale a situarse en el puesto 115 de 175, siendo la media de América Latina y el Caribe de .777.

Unido a los determinantes ya señalados, la inseguridad alimentaria, la discriminación social, la inseguridad social, el irrespeto a los derechos y la

desigualdad de oportunidades para las mujeres, la corrupción, la exclusión y la falta de atención y respuesta a los determinantes sociales profundizan las desigualdades que existen en lo que respecta a la calidad de vida de la población en general.

La Tasa de Mortalidad Infantil es de 30.8 por mil nacidos vivos, la Tasa de Mortalidad Materna es 118 por cien mil nacidos vivos; en tanto que los índices de cobertura nacional de vacunación con los biológicos que maneja la Secretaría de Salud, según los últimos datos disponibles, se ubica arriba de 90%.

El perfil epidemiológico nacional varía en función de la localidad geográfica; sin embargo, predominan en el área rural padecimientos de índole respiratoria, del aparato digestivo y varios tipos de cáncer, en tanto que en las áreas urbanas y algunas rurales, esta situación coexiste con patologías de carácter crónico no infeccioso como diabetes e hipertensión arterial. Asimismo, contribuyen al perfil epidemiológico nacional, la infección por VIH/SIDA, Tuberculosis y enfermedades vectoriales, como dengue, chagas y malaria.

Respuesta a la situación de salud

La Secretaría de salud por precepto constitucional debe formular y conducir las políticas de salud, pero en los últimos años ha sido cuestionada en cuanto a su capacidad y liderazgo para hacerlo. En la actualidad, nuestro sistema de salud, es extremadamente frágil, segmentado y con una débil definición de las políticas de

salud acordes a las reales necesidades de la población¹³, que ha ocasionado un diálogo poco asertivo sobre los ofrecimientos y condicionamientos de las agencias financieras y cooperantes externos.

El modelo de atención vigente está fuertemente impregnado del enfoque biomédico en sus esfuerzos para enfrentar las enfermedades, con limitada consideración de los determinantes de la salud, en desmedro de un enfoque de Atención Primaria en Salud, en concordancia con la situación del país. La posibilidad de responder a las necesidades de la población está limitada por la naturaleza y dimensión de la oferta, lo que impide lograr impactos en la disminución de inequidades; siendo la oferta enmarcada bajo la modalidad de una atención primaria focalizada a través de paquetes básicos limitados, con escasa consideración de la universalidad y la integralidad de la atención, lo que aumenta aun más las inequidades.

Estas inequidades provienen de las condiciones de vida en que se desenvuelve el 69% de la población en exclusión total –educación, vivienda, salud, servicios básicos-, y se manifiesta concretamente en un 56% de población excluida de los servicios de salud.

De acuerdo con el estudio de Exclusión Social en Honduras del 2004, los principalmente excluidos son: los pobres, los pobladores de origen indígena y afro descendientes, los habitantes del área rural y los desempleados, subempleados, y

¹³ Política Nacional de Salud 2006-2010

trabajadores informales. Los factores vinculados a la dimensión interna de la exclusión (estructura y suministro de servicios) contribuyen más a explicar este fenómeno que los vinculados a los factores externos al sistema de salud, explicando los primeros el 55% del riesgo de exclusión¹⁴.

Algunos aspectos que inciden directamente en los niveles de inequidad, exclusión y baja calidad de atención son la organización, la estructura y la gestión del sistema de salud. Se da un énfasis excesivo en la producción de actividades, con poca consideración sobre la calidad y calidez de la atención, el logro de resultados sanitarios y el impacto en la disminución de la exclusión y las inequidades en salud.

En un estudio realizado con la participación del Postrado en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Honduras se analiza la génesis de la reforma en el país, sus etapas agendas y actores¹⁵. En el análisis de la información obtenida se destaca lo siguiente: 1) las prioridades en salud son establecidas desde un enfoque biomédico y sin articulación con un proyecto de desarrollo; 2) los indicadores de salud reflejan una tendencia al estancamiento en desnutrición y de retroceso en subnutrición; 3) la pobreza se configura en un patrón de desigualdad que conduce a afirmar que el patrón de desigualdad en salud conjugado con el

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Serie N° 1 Extensión de la Protección Social en Salud. Washington, D.C. OPS. 2004

¹⁵ Fortí, S. Reforma y Equidad en Honduras: Agenda, Actores y Alternativas. 2006.

patrón de desigualdad social se traducen en exclusión social, es decir que la población excluida enfrenta múltiples fuentes de exclusión.¹⁶

Los aspectos que sobresalen en el estudio señalan que a pesar de los esfuerzos realizados en un proceso de cambios que llevan más de una década, los objetivos de la reforma están lejos de ser logrados; y que la construcción de democracia en Honduras es compatible con la exclusión.

En esta forma de plantear la agenda estatal la salud llega a ser un privilegio y un beneficio, en lugar de ser considerada un derecho. Esta situación es reforzada y acentuada por el hecho de que la mayoría de la población no está consciente de su derecho a la salud. En otras palabras, es como afirmar que la mayoría de la población carece de ciudadanía en materia de salud.

A nivel macro, el estudio concluye en la ausencia de una política en salud que considere una perspectiva de salud de las poblaciones y que busque impactar en los determinantes de las desigualdades y de la exclusión en salud, superando así el modelo biomédico centrado en el individuo y en el control del riesgo.

En cuanto al escenario de respuestas a las necesidades de salud de la población, los resultados de la investigación (Forti, 2006) muestran que hubo un viraje en dos sentidos:

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Serie N° 1. Op cit

Por un lado, se pasó de una racionalidad sanitaria, que se venía configurando en los 80 y principios de los 90, a la racionalidad económica, introducida por las políticas de ajuste estructural y actualmente a una racionalidad administrativa que subyace en la agenda impulsada por grupos de actores públicos-privados (agencias de financiamiento y de cooperación internacional y algunas ONGs), con un rol importante en el campo de la salud.

Por otro lado, se constata que en la trayectoria del sistema de salud hondureño se pasó de la tendencia en la búsqueda de universalidad y garantía de derechos a los bienes comunes a la focalización y los proyectos de compensación social para los grupos de población pobre.

2.3. Los Derechos Humanos y la Salud

Toda mujer, hombre, joven, niño y niña tiene el derecho humano a la salud, sin discriminación de ningún tipo. El disfrute del derecho humano a la salud es vital para todos los aspectos de la vida de una persona y es crucial para la realización de muchas otras libertades y derechos humanos.

La salud es un asunto político, social y económico, pero por encima de todo es un *derecho humano fundamental*. La inequidad, pobreza, explotación, violencia e injusticia están en la raíz de los procesos de *salud-enfermedad* y de muerte de las poblaciones pobres y marginadas.

El *derecho a la salud*, tiene su base en los tratados fundamentales sobre derechos humanos e incluye: el derecho humano a alcanzar el nivel más alto posible de salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, el igual acceso a servicios de salud adecuados, independientemente de su sexo, raza, edad, orientación sexual o condición económica; el acceso a una alimentación adecuada y el acceso a agua segura para el consumo y saneamiento básico¹⁷.

Igualmente, el *derecho a la salud* incluye el derecho humano a una vivienda digna; a un medio ambiente y ambiente de trabajo seguro y saludable, incluyendo una protección adecuada a la mujer embarazada en situaciones laborales peligrosas; y el derecho a estar libre de discriminación y de prácticas sociales discriminatorias. De igual forma incluye, el derecho humano a la educación y al acceso a la información relacionada con la salud, incluyendo salud reproductiva y planificación familiar y el derecho de niños y niñas a un ambiente adecuado para el desarrollo físico y mental.

Según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud, los gastos en salud de los países industrializados superan tanto en valores per cápita como en proporción respecto del PIB al universo de países no industrializados, sin que América Latina ni Honduras sean la excepción. El hecho de que el gasto en salud de los países en vías de desarrollo, en términos per cápita y como proporción del

¹⁷ ONU. 1986. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

PIB, sea bastante menor que en los países industrializados significa la existencia de un importante déficit en la cobertura de servicios básicos de atención en salud. De igual forma, la menor proporción del gasto público en salud implica la posibilidad de que los hogares tengan que complementar el esfuerzo o los vacíos de cobertura del sector público.

La relación entre salud y derechos humanos se manifiesta en diversos ámbitos. En este sentido, pueden observarse los efectos de la regulación de la salud pública sobre el disfrute de los derechos humanos -piénsese en la interdicción de discriminación o en el derecho a participar en los asuntos públicos, junto a la relación existente entre la restricción de derechos individuales y su relación con determinadas acciones en materia de salud pública-, y las consecuencias que las violaciones de derechos humanos tienen sobre la salud individual son claras -las "desapariciones", la tortura y determinadas condiciones de encarcelamiento están entre las más evidentes, pero pueden citarse algunas más sutiles, por ejemplo el derecho a la información acerca de los efectos del tabaco o de los métodos anticonceptivos-, existiendo un claro vínculo entre la promoción de la salud y la promoción de los derechos humanos. Puede afirmarse que la salud y los derechos humanos son complementarios, interdependientes y se refuerzan mutuamente, puesto que ambos comparten el objetivo de promover y proteger la dignidad y el bienestar de los individuos.

En 1946 la mayoría de los gobiernos del mundo reunidos en la Organización de las Naciones Unidas aprueban la Declaración Universal de los Derechos

Humanos, cuyo artículo 25 incluye el derecho a la salud dentro del concepto de un adecuado "estándar de vida", reconociendo así la interrelación entre salud y otros derechos como el derecho a la alimentación o a la vivienda. El siguiente documento básico es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cuyo artículo 12 afirma que "toda persona tiene derecho a disfrutar del **mejor estado de salud física y mental que sea capaz de conseguir**", para lo cual los Estados se comprometen a tomar medidas de diversa índole más allá de la atención sanitaria inmediata.

2.4. Medicamentos y Derecho a la Salud

El mercado farmacéutico es uno de los de más alto crecimiento a nivel mundial. En 2000 el mercado mundial era de US\$ 356,000 millones y en 2005 de US\$ 602,000 millones¹⁸. Los Estados Unidos ocupan el liderazgo del mercado de medicamentos tanto en la Región como en el mundo, con US\$ 190,000 millones de facturación en el período comprendido entre julio 2005 y junio de 2006. En las Américas le sigue Canadá con US\$ 13,000 millones. Juntos ambos países representan el 50% del mercado mundial y duplicaron su mercado en los últimos seis años. En América latina y el Caribe el mercado de medicamentos crece en forma sostenida desde 2002. La Región representa el 8% del mercado mundial. En 2006 los países que lideran las ventas son el Brasil (US\$ 8,150 millones), México (US\$ 7,824 millones) y la Argentina (US\$ 2,148) millones¹⁹.

¹⁸ IMS (Estadísticas Médicas Internacionales) Health Total Market Estimates and Global Pharma Forecast, citado en Salud en las Américas, 2007, Volumen I-Regional, pag. 374

¹⁹ OPS. Salud en las Américas, 2007. Volumen I. OPS. Washington. 2007. pag. 374

Más de la mitad de los habitantes de las Américas presentan dificultades para acceder a los medicamentos esenciales. De acuerdo con las encuestas de la Organización Mundial de la Salud 60% de los países de la Región tenían un acceso a medicamentos esenciales menor de 80%²⁰. Los precios constituyen la principal barrera, aunque el acceso depende también de los ingresos de la población. Otra barrera ha sido atribuida a que el altísimo ritmo innovador de la industria no responde a las problemas prevalentes en los países y áreas de menor desarrollo²¹. Se ha estimado que sólo 3% de los gastos de investigación y desarrollo de la industria farmacéutica está dirigida a producir medicamentos contra esas enfermedades, que representan 90% de la carga global de enfermedad que recae en el mundo en desarrollo²²

Elementos que participan en el acceso a medicamentos

Existen principalmente cuatro factores que condicionan el acceso a los fármacos. En primer lugar, la selección y el uso racional de los mismos, lo que significa que deben escogerse los medicamentos de acuerdo con los condicionantes sanitarios específicos para el país y en función de su seguridad y relación coste-efectividad. Como se verá, uno de los instrumentos más útiles para llevar a cabo dicha selección y uso racionales consiste en basar la política farmacéutica en la Lista de Medicamentos Esenciales elaborada y actualizada periódicamente por la OMS. Para hacerse una idea de la importancia de dicha selección y uso racional, basta

²⁰ Organización Panamericana de la Salud, Centro de Políticas Farmacéuticas, Escuela Nacional de Salud Pública. Situación farmacéutica en América latina y El Caribe 2003. Estructura y Procesos. Río de Janeiro: NAF/ENSP. 2006

²¹ World Health Organization. Medicines Strategy: Countries at the core 2004-2007. Geneva. WHO. 2004

²² Hale and healthy. The Economist. 14 april 2005. pp 69-70.

con decir que la OMS calcula que el 50% de los medicamentos se prescriben, venden o suministran erróneamente.

Un segundo factor que determina el acceso a los medicamentos es el precio. El precio de los productos farmacéuticos debería ser asequible para los pacientes, proveedores de servicios de salud y sistemas nacionales de salud. Esto significa que las compañías farmacéuticas deben fijar los precios de acuerdo con el bienestar de los distintos países, mientras, al mismo tiempo, los gobiernos deben obtener el mejor precio posible a través del proceso de selección y compra, al tiempo que establecen un sistema de regulación de precios a lo largo de toda la cadena de suministro de medicamentos. Según ONUSIDA (1999) la accesibilidad financiera no es la única razón por la que las personas no pueden obtener los medicamentos que necesitan, pero probablemente sea la más importante.

Debe asegurarse también que existe un sistema equitativo de financiación a través de sistemas de prepago de medicinas, por ejemplo mediante sistemas públicos de subsidio o el establecimiento de sistemas públicos de seguridad social, para asegurar así que las personas con escasos recursos no pagan proporcionalmente más que aquellos que sí los tienen.

Finalmente, deben crearse sistemas fiables de suministro de medicamentos, sistemas que aseguren que se incorporan en la provisión y distribución de medicinas, según las condiciones específicas, una eficiente y adecuada combinación de proveedores públicos y privados, factor este último de vital

importancia para garantizar la disponibilidad y calidad de los medicamentos suministrados.

Si los arriba mencionados son los factores que determinan el acceso a los fármacos, los principales problemas detectados en la articulación de los mismos son los elevados precios, la mala distribución, la producción irregular, la ausencia de control de la calidad farmacéutica y la falta de investigación. A éstos, Médicos Sin Fronteras (MSF) añade la mala selección, distribución y administración de medicamentos por parte de Estados con presupuestos y sistemas de salud insuficientes. Haciendo especial hincapié en el primero de los factores mencionados -el precio- se señala la especial relevancia que tiene sobre el mismo la protección de los derechos sobre la propiedad intelectual, lo que vincula el acceso a los medicamentos con las reglas de protección de la propiedad intelectual recogidas en el seno de la Organización Mundial del Comercio (OMC). La protección de dichos derechos deriva en un precio prohibitivo para gran parte de la población mundial, como ejemplifica gráficamente la reducción del coste de la terapia antirretroviral de 15.000 a 200 dólares anuales en función de que la misma sea o no *de marca*.

El suministro de los medicamentos esenciales no puede concebirse al margen de las políticas estatales para favorecerlo. Para la OMS ello se concreta en la obligación de los estados de implementar políticas y planes que promuevan la disponibilidad, el acceso y la accesibilidad económica para todos y sin discriminación de tecnologías médicas y farmacéuticas probadas científicamente y

de buena calidad. Algunas de las acciones más inmediatas que pueden llevarse a cabo son la adopción de una lista nacional de medicamentos esenciales, la prescripción por nombre genérico y la eliminación de los aranceles sobre los medicamentos esenciales importados. Pero también resulta importante el control de calidad de los medicamentos, la implantación de planes de fabricación local de fármacos genéricos²³, el fomento de la competencia entre los mismos y la negociación con las compañías farmacéuticas para reducir los precios de los medicamentos esenciales -por ejemplo mediante compras globales. Los Estados también podrán influir sobre el acceso a los medicamentos aprovechando las flexibilidades contenidas en los acuerdos comerciales internacionales, especialmente aquellas relativas a las importaciones paralelas, licencias obligatorias y estrategias para acelerar el acceso.

2.5.El acceso a medicamentos como una expresión del derecho a la salud

Ya no puede aceptarse que a los enfermos y moribundos, por el mero hecho de ser pobres, se les nieguen los medicamentos que han transformado la vida de aquellos que los pueden pagar²⁴

A diferencia de lo afirmado por algunos Estados, la Organización Mundial del Comercio y las grandes multinacionales farmacéuticas, el régimen de protección

²³ Producto farmacéutico no protegido por una patente y comercializado bajo la denominación común o un nombre de marca. Sus propiedades químicas y efectos biológicos son equivalentes a los patentados, pero se venden a precios inferiores que sus homólogos con patente

²⁴ Kofi Annan. Discurso ante los líderes africanos en la Conferencia africana acerca del SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, recogido en la nota de prensa, "Secretary-General proposes global fund for the fight against HIV/AIDS and other infectious diseases at African leaders summit", SG/SM/7779/Rev.1, pf. 20, 26.4.2001.

de la propiedad intelectual de la Organización Mundial del Comercio²⁵ impone serias trabas a la satisfacción del derecho al acceso a los medicamentos esenciales, aun a pesar de los matices introducidos mediante las declaraciones en las conferencias ministeriales de Doha y Cancún, que buscan atenuar los efectos nocivos de las disposiciones de la OMC en consideración solamente a elementos de mercado. Los obstáculos que interpone a los países sin capacidad de producción, en su mayoría países del Tercer Mundo, son actualmente uno de los principales problemas para la satisfacción del derecho fundamental al acceso a los medicamentos esenciales. Por ello es necesario adoptar una perspectiva que ponga en el centro, de nuevo, al ser humano. Es decir, dejar de considerar los productos farmacéuticos como meras mercancías y tratarlos como son, esto es, bienes esenciales para la supervivencia humana.²⁶

Sin duda alguna, la globalización ha hecho que en el ámbito de la salud se multipliquen exponencialmente los factores a considerar para conseguir ese "mejor estado de la salud posible" al que todos tenemos derecho. Como se verá, el acceso a los medicamentos es buena prueba de ello.

Con todo el marco jurídico aprobado hasta ahora y la importancia que se da al asunto y las previsiones que al respecto han sido tomadas, puede deducirse que la protección de los derechos humanos está siendo vista como secundaria con respecto a la de la propiedad intelectual. Tal y como ha quedado diseñado el

²⁵ Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio. Expedido por la OMC en 1994.

²⁶ Xavier Seuba Hernández. 2005. Medicamentos los beneficios de la salud. p 1

modelo de protección de la propiedad intelectual los Estados sin capacidad de producción deberán concluir acuerdos más onerosos que los actuales, con lo que el acceso a los medicamentos se verá dificultado."²⁷

Uno de los aspectos que con frecuencia se citan para justificar la aplicación de los regímenes de propiedad intelectual es la llamada "transferencia tecnológica". Como quedo reiterado en la Declaración de Doha, "Reafirmamos el compromiso de los países desarrollados miembros de ofrecer a sus empresas incentivos destinados a fomentar y propiciar la transferencia de tecnología" y en la de Cancún, "Los Miembros reconocen la conveniencia de promover la transferencia de tecnología y la creación de capacidad"²⁸. Los países desarrollados han llevado a cabo pocas acciones eficaces en este sentido. Tampoco se han producido en el seno de la OMC avances para incentivar la investigación de fármacos para enfermedades propias de los países menos adelantados. Se mantiene así un régimen que privilegia los intereses del Norte sin ofrecer mejoras a los países del Sur, cuyas enfermedades seguirán sin interesar a la industria farmacéutica a pesar de la protección de que gozarían aquellos medicamentos que a partir de ahora llegara a desarrollar.²⁹

²⁷ N. Uranga, 2004

²⁸ Declaración relativa al acuerdo de los ADPIC y la salud pública, aprobada el 14 de noviembre de 2001 por la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio con la participación de 142 estados miembros, reunidos en la ciudad de Doha. Las Declaraciones de Doha y Cancún son declaraciones de los países hechas con el fin de mitigar los efectos de los ADPIC que tiene como fin proteger los intereses comerciales de los productores de medicamentos.

²⁹ Xavier Seuba Hernández. 2005. Op cit p 17

El suministro de los medicamentos esenciales ha sido identificado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como integrante del contenido *esencial* del derecho a la salud.

El derecho al acceso a los medicamentos esenciales, contenido esencial del derecho a la salud

De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, el derecho a la salud contiene una serie de "elementos interrelacionados y esenciales". En primer lugar, la *disponibilidad*, por la que se entiende que los bienes, servicios y programas de salud deben estar disponibles en suficiente cantidad. En segundo lugar, la *accesibilidad*, cuyas cuatro dimensiones son la no discriminación en el acceso a los servicios de salud, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y la accesibilidad a la información. En tercer lugar, la *aceptabilidad*, es decir, que los servicios sanitarios sean respetuosos con la ética médica, culturalmente apropiados, dirigidos a la mejora de la salud de los pacientes, confidenciales y sensibles a los aspectos de género. Y por último, la *calidad*, por la que se entiende que los servicios sanitarios deben ser científica y médicamente apropiados³⁰.

El punto 2 del artículo 12 del Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales³¹, señala las medidas que los Estados deben adoptar al "dar pasos" para la completa realización del derecho a la salud. Así, el primer apartado del artículo

³⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. Observación General No. 14: Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

³¹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200, del 16 de diciembre de 1966

12.2 recoge el derecho a la salud materna, infantil y genésica, bajo el mandato de "la reducción de la mortalidad y mortinatalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños". El segundo apartado hace referencia al derecho a la higiene en el trabajo y medio ambiente, obligando a los Estados al "mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente". El tercer apartado recoge el derecho a la prevención, tratamiento y lucha contra las enfermedades, obligando a los Estados a "la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas". Por último, el artículo 12.2.d) contempla el derecho al establecimiento de bienes y servicios de salud, ordenando la "creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad", entre los que el Comité menciona el suministro de los medicamentos esenciales³².

En cuanto a las obligaciones de los Estados, se distingue entre aquellas que se sitúan en el plano interno y aquellas otras que se sitúan en el plano internacional. En el plano interno aparecen, a su vez, las obligaciones de carácter general y las otras de carácter específico. Las primeras incluyen la obligación de no discriminación y la obligación de dar pasos para la plena realización del derecho.

En cuanto a las obligaciones específicas, el Comité distingue las obligaciones de respetar, proteger y cumplir, distinción habitual en los derechos económicos, sociales y culturales.

³² Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales del ONU. Observación General No. 14 al Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales.

El acceso a los medicamentos esenciales ha sido abordado por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas al tratar el grave impacto que tiene el VIH/SIDA para la estabilidad mundial. Así, afirma que “la pandemia del VIH/SIDA, si no se controla, puede plantear un riesgo a la estabilidad y seguridad”.³³ y que “el acceso a los medicamentos es uno de los elementos fundamentales para llegar progresivamente a la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Asimismo, afirma también que el VIH/SIDA representa una emergencia sanitaria mundial³⁴, la Asamblea apunta que la prevención, el apoyo y el tratamiento, son los tres ejes sobre los que se hacen girar los distintos temas relacionados con el VIH/SIDA.³⁵

Por otro lado, también en relación con el acceso a los medicamentos, en la *Sesión Especial de la Asamblea General referida al Desarrollo Social*, los Estados se comprometieron a no tomar medidas unilaterales en desacuerdo con la Carta de las Naciones Unidas que impidieran el desarrollo económico y social de los pueblos, “reconociendo además la importancia crítica del acceso a los medicamentos a precios asequibles”.³⁶

La normativa internacional señala tres grupos de obligaciones de los Estados en materia de acceso a los medicamentos. En primer lugar, los Estados no deben

³³ S/RES/1308 (2000), Aprobada por el Consejo de Seguridad en su 4172ª sesión, del 17.7.2000.

³⁴ Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, A/RES/S-26/2, 27.2.2001

³⁵ Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, op cit pp 24-25

³⁶ Nuevas iniciativas para el desarrollo social, UNGA Resolución S-42/2 adoptado en la Sesión Especial de la Asamblea General referida al Desarrollo Social, Parte III, arts. 12 y 101. 1.7.2000.

impedir el acceso a los fármacos, en segundo lugar, los Estados deben proteger el acceso a los medicamentos frente a posibles limitaciones impuestas por terceros, y en tercer lugar, deben promover el acceso efectivo a los productos farmacéuticos.

El costo de los medicamentos para el individuo, para la institución y para la población. Su relación con el acceso

El 15% de la población mundial que vive en los países ricos compra y consume el 90% del total de las medicinas que se producen. Dos tercios de la población mundial aparecen en el último eslabón de esta disparatada desigualdad, puesto que reciben tan sólo el 1% de los productos farmacéuticos. Las razones de estas disparidades son diversas, pero estriban, principalmente, en la combinación de precios prohibitivos, el desinterés por fabricar determinados productos y la inoperancia estatal en la gestión de la política farmacéutica en el marco del sistema de salud pública.³⁷

Los altos precios de los medicamentos patentados han hecho que los países en desarrollo que cuentan con la capacidad tecnológica suficiente –principalmente la India, Tailandia y Brasil- copien los productos mediante procedimientos de ingeniería inversa, es decir, descubrir el proceso de fabricación de un producto a partir del producto acabado. Hasta fechas recientes, sus legislaciones o bien no protegían las patentes farmacéuticas, o bien concedían solamente patentes al proceso pero no al producto, por lo que la producción de copias genéricas baratas

³⁷ Angel, Marcia, 2008.

solía ser lícita. Otros países sin dicha capacidad tecnológica compran todavía ahora esas copias de medicamentos patentados a precios competitivos.³⁸

La situación del financiamiento y los medicamentos en Honduras

Los fondos para financiar el sector salud son de carácter público o de carácter privado. Se carece de información completa sobre el monto del financiamiento del sector privado, el cual proviene básicamente de seguros privados de salud y de pagos directos del bolsillo de los usuarios. En lo referente al sector público el monto total del presupuesto para el año 2005 fue de 6,702.7 millones de lempiras, que representa aproximadamente el 5% del Producto Interno Bruto, de los cuales 5,072.7 millones de lempiras (76%) corresponden a la Secretaría de Salud y 1,630.0 millones de lempiras (24%) al IHSS, para el régimen de maternidad-enfermedad³⁹.

El gasto nacional se desagrega entre gasto del subsector público, que para el año 2005 fue de 6.945 millones y el gasto del subsector privado por un valor de 3.770 millones. En porcentajes, el gasto público representa el 64.8% y el gasto privado alcanza un 35.2%, ambos sobre el total del gasto en salud. Si se considera el gasto por sector institucional, vemos que el gobierno ejecutó un 64.8%; los hogares un 33.5% y, por último, las instituciones privadas sin fines de lucro (ISFL) un 1.7%. Los hogares y las ISFL conforman el subsector privado⁴⁰.

³⁸ Seuba, Xavier. 2005. Op cit

³⁹ Secretaría de Salud (2006). Política Nacional de Salud 2006-2010. Secretaría de Salud. Honduras.

Carikeo M., Jorge. Informe de consultoría sobre medicamentos. Banco Mundial. Tegucigalpa, Honduras. 2008

⁴⁰ Secretaría de Salud de Honduras. (2005) Estudio de gasto y financiamiento del sector salud. Secretaría de Salud de Honduras. 1ª ed. Tegucigalpa 2009

El PIB de Honduras en 2005 fue de 183.748 millones de lempiras corrientes⁴¹. Para ese mismo año, el gasto total del sector salud fue de 10.715 millones de lempiras (564 millones de dólares), que representa un gasto en salud de 5,83% sobre el PIB. De acuerdo con los datos de gastos en salud de 1998, se observa un ligero incremento del gasto total del sector salud como porcentaje del PIB entre 1998 (5,63%) y el 2005 (5,83%).

El gasto total en salud per cápita fue de 1,489 lempiras (US\$ 78.36)⁴². De este gasto, 965 lempiras (\$US 50.79) corresponde al subsector público y 524 lempiras (\$US 27.57) al subsector privado. Este gasto es uno de los más bajos de la región. Para el mismo año, Costa Rica presenta el gasto más elevado en salud per cápita con US\$327 y Nicaragua el más bajo con \$US 71⁴³.

El subsector público ejecutó durante 2005 un total de 6.945 millones de lempiras, el cual incluye todos los aportes realizados por las diferentes fuentes financieras: gobierno, hogares a través de las cuotas de recuperación y cooperación externa. Esta cantidad se distribuye entre la Secretaría de Salud que ejecuta el 64.8% (4.506 millones sin transferencias)⁴⁴, el Instituto Hondureño de Seguridad Social con un 33.7% (2.343 millones) y otras instituciones: Secretaría de Defensa, Municipios e instituciones descentralizadas que en su conjunto ejecutan el 1.38% del gasto (95,7 millones).

⁴¹ Producto Interno Bruto (PIB) con enfoque de producción. Valor estimado en "Mejoramiento y actualización de las estadísticas macroeconómicas de Honduras". Banco Central de Honduras. Noviembre 2007.

⁴² El gasto per cápita es el resultado de dividir el gasto en salud entre el gasto total, y de este, se diferencia entre el gasto público y el gasto privado, y el número de habitantes del país.

⁴³ OMS. World Health Accounts. Ver <http://www.who.int/nha/country/en/>.

⁴⁴ En el presupuesto constan transferencias para: Organismos internacionales (OPS, OMS, etc.); Residencias (hogares de ancianos, niños); SANAA; Pago de deuda externa.

Además, la Secretaría de Salud incorpora en su presupuesto transferencias a otras instituciones, cuya ejecución no está dirigida a la producción de servicios de salud, aunque contribuyen a realizar acciones para el mejoramiento de la salud pública, que representa un 6% del presupuesto.

De las instituciones descentralizadas, únicamente es destacable el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS) cuyo gasto alcanza un 0.37%. Y por último, el gasto en salud de las municipalidades en su conjunto, representa un 0.03 sobre el total del gasto público.

El gasto en salud se considera como una inversión en capital humano, ya que permite que las personas mantengan una calidad de vida adecuada y contribuye al crecimiento económico y de desarrollo de los países. Sin embargo, el gasto de bolsillo, que forma parte del gasto privado, es la forma más inequitativa de financiar servicios de salud, ya que la obtención de estos está vinculada a la capacidad adquisitiva de las familias y no a las necesidades de las mismas.

En Honduras no se han hecho estudios para conocer los determinantes del gasto privado, si bien por los datos que se obtuvieron en el estudio de gasto y financiamiento del año 1998 y en el estudio con datos de 2005, se observa una disminución en términos absolutos desde un 44.63% en el año 1998 a un 35.19% (3,770 millones de lempiras) (Estudio de Gasto y Financiamiento del Sector Salud. Honduras 2007).

De acuerdo con los datos de 2005, el gasto directo de los hogares para pagar los *servicios de salud representa el 33.5% del gasto total del sector salud*. De este monto, dedican el 49.70% a pagar gastos por servicios hospitalarios y el 38.32% a productos farmacéuticos. Les siguen los servicios ambulatorios, a los cuales, les destinan un 10.78% de la inversión en salud.

En 1998, el gasto total en medicamentos en Honduras, representó un 23.20% del gasto total en salud, de los cuales, el 72.72% fue financiado por los hogares (a las farmacias) y 27.27% por el subsector público. En 2005, el gasto total en medicamentos representó el 20,09% del gasto total en salud, del cual, el 34,67% fue gasto del sector público y el 65.33% del sector privado.

Se observa una disminución del gasto en medicamentos; siendo la participación del subsector privado (1.406 millones de lempiras) casi el doble que el gasto en medicamentos en el subsector público (768.005) millones de lempiras.

De acuerdo con los datos de 1998 y 2005, de forma global el gasto total en medicamento ha disminuido, desde un 23.20% a un 20.09%, respectivamente. Si se analiza por sector, se observa una disminución del gasto de bolsillo desde un 72.72% a un 65.33% y un incremento en el financiamiento de medicamentos por parte del sector público (Estudio de Gasto y Financiamiento del Sector Salud. Honduras 2007).

De acuerdo con los datos de 2005, el gasto directo de los hogares para pagar los servicios de salud representa el 33.5% del gasto total del sector salud. De este monto, dedican el 49.70% a pagar gastos por servicios hospitalarios y el 38.32% a productos farmacéuticos. Les siguen los servicios ambulatorios, a los cuales, les destinan un 10.78% de la inversión en salud.

En 1998, el gasto total en medicamentos en Honduras, representó un 23.20% del gasto total en salud, de los cuales, el 72.72% fue financiado por los hogares (a las farmacias) y 27.27% por el subsector público. En 2005, el gasto total en medicamentos representó el 20,09% del gasto total en salud, del cual, el 34,67% fue gasto del sector público y el 65.33% del sector privado.

Se observa una disminución del gasto en medicamentos, siendo la participación del subsector privado (1.406 millones de lempiras) casi el doble que el gasto en medicamentos en el subsector público (768.005) millones de lempiras.

De acuerdo con los datos de 1998 y 2005, de forma global el gasto total en medicamento ha disminuido, desde un 23.20% a un 20.09%, respectivamente. Si se analiza por sector, se observa una disminución del gasto de bolsillo desde un 72.72% a un 65.33% y un incremento en el financiamiento de medicamentos por parte del sector público (Estudio de Gasto y Financiamiento del Sector Salud. Honduras 2007).

Es necesario destacar que los medicamentos son y continuarán siendo importantes como rubro de gasto de los hogares, principalmente porque no se perciben indicios de modificación importante de la dinámica actual de crecimiento de la oferta de establecimientos privados y públicos de salud.

En el país circulan actualmente cerca de 16.000 medicamentos, la mayoría importados y de marca. La función de regulación de medicamentos que es responsabilidad de la Secretaría de Salud, como Autoridad sanitaria Nacional, ha sido tradicionalmente muy débil tanto en los elementos formales, como en los procesos de control de la calidad y uso de estos insumos críticos.

De las 67 industrias farmacéuticas existentes, pocas cumplen con las disposiciones de las Buenas Prácticas de Fabricación. En materia de suministro de medicamentos, ante la problemática general, la Secretaría de Salud ha manifestado su interés en reorganizar todo el sistema, focalizando sus acciones en aspectos de almacenamiento y control de inventarios.

Un elemento que afecta de manera importante los costos que asume la población por su salud es la práctica de auto prescripción o la prescripción no autorizada de medicamentos. Esto tiene incidencia no sólo en el presupuesto familiar sino también en la efectividad final de los fármacos, en el uso equívoco de los medicamentos y en el desarrollo de efectos no previstos de los medicamentos como las resistencias a los antibióticos, con su consiguiente falla terapéutica y la

multiplicación de efectos indeseables. Los mecanismos de regulación de estos aspectos son aún muy insuficientes y sus efectos poco conocidos e investigados

Hay muy poca producción científica nacional sobre los productos farmacéuticos alternativos. Igualmente hay muy poca producción de productos medicinales alternativos a nivel industrial. El número de estos productos que ha ingresado en los últimos años al país es muy grande y representa volúmenes grandes de venta en el mercado farmacéutico nacional.

La posibilidad de la población de acceder a los medicamentos esenciales es una de las expresiones concretas del cumplimiento del derecho a la salud. Este derecho a su vez es una de las expresiones fundamentales de la garantía de los derechos humanos en una sociedad.

El estado hondureño como garante de los derechos para la población en su término territorial, deviene en la obligación, como parte de su cuerpo jurídico nacional⁴⁵ y los compromisos asumidos internacionalmente⁴⁶, a la protección de la salud de sus ciudadanos.

⁴⁵ Constitución de la República de Honduras, 1982. Capítulo Título III, de las Declaraciones, Derechos y Garantías. En su artículo 59 declara que la persona humana es el fin supremo de la sociedad y del Estado y que la dignidad del ser humano es inviolable. En su capítulo VII, De la Salud indica que el estado reconoce el derecho a la salud

⁴⁶ Honduras es suscriptor de la Declaración de los Derechos Humanos y del Pacto Internacional sobre los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, que señalan el derecho de la persona humana al más "alto nivel de salud posible".

Asume en ese sentido la obligación de definir las políticas de salud correspondientes, para proteger los derechos y asegurar el cumplimiento de los mismos en todo el territorio nacional y especialmente en sus instituciones de servicio público.

La Secretaría de Salud es la instancia nacional estatal que tiene por delegación la responsabilidad de cumplir y, en su papel rector, de hacer cumplir los preceptos constitucionales y derivados de otras leyes (como el Código sanitario y su reglamento) que garanticen el cumplimiento del derecho que a la salud tiene la población hondureña.

En su marco organizativo actual la Secretaría de Salud sigue siendo el mayor proveedor de servicios de salud y dentro de ellos debe asegurar el adecuado y permanente abastecimiento de medicamentos y otros insumos críticos en su red de servicios. Dentro de los mecanismos diseñados para ello el Estado realiza la función de compra de los medicamentos, con procedimientos que deben tener la transparencia y eficiencia necesaria para asegurar la adquisición y distribución oportuna, a precios que pueda soportar la economía nacional, pero gestionando y administrando los recursos financieros suficientes para satisfacer la demanda y atender las necesidades nacionales.

Entre otras responsabilidades el Estado, debe además regular la calidad de los productos que circulan en el mercado nacional y establecer las reglas que controlen el comercio de estos insumos críticos, garantizando que sean accesibles a quienes lo necesitan. De esta manera debe definir un Cuadro Básico Nacional

de Medicamentos, establecer las líneas de programación, bases de licitación y ejecutar la adquisición de los medicamentos. Además establecer los mecanismos de almacenamiento, distribución, vigilancia y control de los procesos de uso, consumo y prácticas de prescripción de los medicamentos, especialmente en las instituciones de servicio público que prestan servicios de salud.

Pero además deviene en la obligación de vigilar la práctica privada⁴⁷, para asegurar que la producción nacional de medicamentos y la comercialización de productos importados, cumpla con los requisitos establecidos para que sean productos de buena calidad y que la actividad comercial relacionada con ellos no imponga restricciones insalvables a la mayoría de la población. Todos estos aspectos inspirados en el papel que por delegación ha recibido de la sociedad hondureña de velar por la garantía de sus derechos, en este caso particular, a la salud y a los servicios que contribuyen a su fomento, protección, recuperación o rehabilitación.

⁴⁷ Constitución de la República 1982. Artículo 149.

CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

3.1. Diseño del estudio

La investigación es un estudio con diseño cuantitativo de tipo descriptivo-exploratorio, transversal, que analiza la accesibilidad de la población a los medicamentos esenciales a través de su disponibilidad y precio en la red de proveedores de medicamentos pública y privada.

El estudio de la disponibilidad y precios de los medicamentos se hizo en establecimientos del sector público de la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social en sus diferentes niveles de atención y en los establecimientos expendedores de medicamentos del sector privado con fines de lucro. Para cada medicamento se indagó la disponibilidad del producto de marca innovadora, así como del genérico equivalente, en una muestra seleccionada por conveniencia de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de complejidad y en las farmacias privadas.

Para este componente del estudio se recurrió al uso de la metodología OMS/HAI elaborada por Organización Mundial de la Salud y Acción Internacional en Salud (HAI por sus siglas en inglés: Health Action International), la que ha sido utilizada internacionalmente para comparar disponibilidad y precios entre países.

Debido a la gran cantidad de medicamentos registrados en la mayoría de los países y con fines de comparación internacional la OMS establece el uso de dos diferentes listas de medicamentos: una global, para todas las regiones del mundo,

que incluye 14 medicamentos y una lista regional (válida en este caso para Centro y Sur América) que contiene 16 medicamentos. De estos 30 medicamentos esenciales, están incorporados en el Cuadro Básico Nacional de Honduras, 24 medicamentos. Se seleccionaron adicionalmente 20 productos que se consideran básicos para el país, de acuerdo a criterios de consumo y el perfil epidemiológico del país, conformándose un listado de 50 medicamentos a investigar.

Análisis de la Disponibilidad: En los establecimientos públicos y privados se obtuvo información sobre la disponibilidad de los medicamentos, a través de la constatación física de cada medicamento de marca original y su equivalente genérico, asegurando que fuera de la misma forma farmacéutica, de igual concentración que el anotado en el formulario de recolección de datos. Además se registró el tamaño del envase expendido para fines de cálculo del precio unitario. Hay 3 medicamentos que recibieron una consideración especial debido a que la presentación sugerida por la metodología es diferente a la establecida en el cuadro básico de medicamentos en el sector público. Su presencia se tomo como disponibilidad, a fin de conservar la objetividad del análisis:

Cuadro No. 1
Medicamentos encontrados en diferentes concentraciones en los establecimientos públicos de salud

Nombre del medicamento	Concentración sugerida	Concentración encontrada
Enalapril tabletas	10 mg	20 mg
Sinvastatina	20 mg	40 mg
Ibuprofeno	400 mg	600 mg

Análisis de Precios: Para el sector público se obtuvieron los precios de compra nacional, en el Nivel Central de la Secretaría de Salud, de la última licitación pública realizada en el país, a fin de valorar el grado de eficiencia de la adquisición, mediante la comparación de las razones medianas de los precios de adquisición nacional y de los precios de referencia internacional.

En el sector privado se obtuvo información sobre los precios de venta al detalle de los medicamentos innovadores, así como de sus genéricos equivalentes y se realizó un análisis comparativo entre los precios de venta en el sector privado con fines de lucro y los precios de referencia internacional, a fin de determinar cuan alto precio paga el hondureño al adquirir sus medicamentos.

Se analizó el precio que estos productos tienen en el mercado nacional y se estimó la capacidad de pago de la población hondureña para adquirir los medicamentos que no le son suministrados en los establecimientos de salud estatales. Para ello se relacionó el precio de los fármacos en el mercado nacional con el salario mínimo diario de los trabajadores de menor ingreso en el área rural, obtenido de las cifras oficiales del Banco Central de Honduras.

Para fines de comparación internacional de los precios y de acuerdo a la metodología se utilizó la Guía Internacional de Indicadores de Precios de Medicamentos elaborada por la organización internacional de salud sin fines de lucro, Management Sciences for Health (MSH), en su versión del 2007. Las comparaciones se hicieron a partir de la unidad más pequeña de cada producto:

tabletas (o cápsulas), mililitros para las suspensiones, viales para los inyectables y una dosis para los aerosoles.

De cada uno de los medicamentos se dispuso del nombre de marca original, su casa fabricante, del nombre del equivalente genérico de menor precio, la concentración, la forma farmacéutica y el tamaño del envase recomendado con el objeto de hacer comparables los precios.

Otros aspectos relacionados de la accesibilidad: Para la recolección de la información sobre la accesibilidad de la población a los medicamentos esenciales se levantó una encuesta de salida entre los asistentes a los centros de salud seleccionados, que permitió comparar los medicamentos recibidos contra los prescritos, y explorar la posibilidad de adquisición de los medicamentos no suministrados por el servicio, tipos de gastos en que se incurre para su obtención y cuando este sea el caso, las razones del usuario para su no adquisición.

Para el estudio de la relación de la demanda a los servicios de salud con la disponibilidad de los medicamentos, se hizo recopilación de información documental en los servicios de salud pública, para medir la asistencia de usuarios a los establecimientos en el trimestre que corresponde a la última entrega trimestral de los medicamentos, comparando la afluencia de pacientes en cada uno de los tres meses en las unidades de salud de la muestra definida para el estudio de disponibilidad y precio de los medicamentos esenciales. Los datos fueron obtenidos de los registros de atención diaria mensual (AT2-R) de los establecimientos de salud seleccionados.

La recolección de la información se realizó con la participación de estudiantes del cuarto año de la Licenciatura de Química y Farmacia de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, los que participaron en un proceso de capacitación de 2 días, durante la cual también se validaron los instrumentos de recolección de la información. Los datos proporcionados fueron sometidos a verificación (inspección visual o documental según sea el caso) de forma aleatoria.

3.2. Áreas de estudio

La investigación se realizó en establecimientos de salud de la Región Metropolitana de Tegucigalpa, que comprende el municipio del Distrito Central. Incluye principalmente la ciudad capital, conformada por las dos ciudades gemelas, Tegucigalpa y Comayagüela., que es sede de 5 de los 6 hospitales nacionales de la Secretaría de Salud y 3 Clínicas Periféricas de Emergencia (CLIPER) y 60 centros de salud: 21 Centros de Salud con Médico (CESAMO) que son los de mayor complejidad del país y 39 Centros de Salud Rural (CESAR). Para fines del estudio se consideró a cada una de las ciudades como un área de estudio.

En la capital se encuentran también las mayores instalaciones físicas del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS): el Hospital de Especialidades (único en el país) y 3 Clínicas Periféricas. Por las características propias de su población

beneficiaria y su dinámica particular este sector se analizó como una tercera área de estudio.

3.3. Universo y muestra

Las unidades de investigación fueron los establecimientos de salud y las farmacias privadas. Se seleccionaron al azar 5 establecimientos en cada ciudad, así como dos de los hospitales generales de la Secretaría de Salud y el Hospital de Especialidades del IHSS.

Se seleccionó una farmacia privada con fines de lucro por cada establecimiento público seleccionado, eligiendo a la farmacia más próxima al centro de salud estudiado.

4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Los resultados se presentan considerando tres aspectos principales, de la información obtenida en la muestra de 50 medicamentos esenciales, involucrando el sector público en sus dos principales subsectores: la Secretaría de Salud , y el Instituto Hondureño de Seguridad Social y el sector privado con fines de lucro, en la ciudad de capital de la república. Un cuarto aspecto recoge la información obtenida en las encuestas de salida entre los demandantes de atención médica de los establecimientos de la Secretaría de Salud.

Los cuatro aspectos analizados fueron:

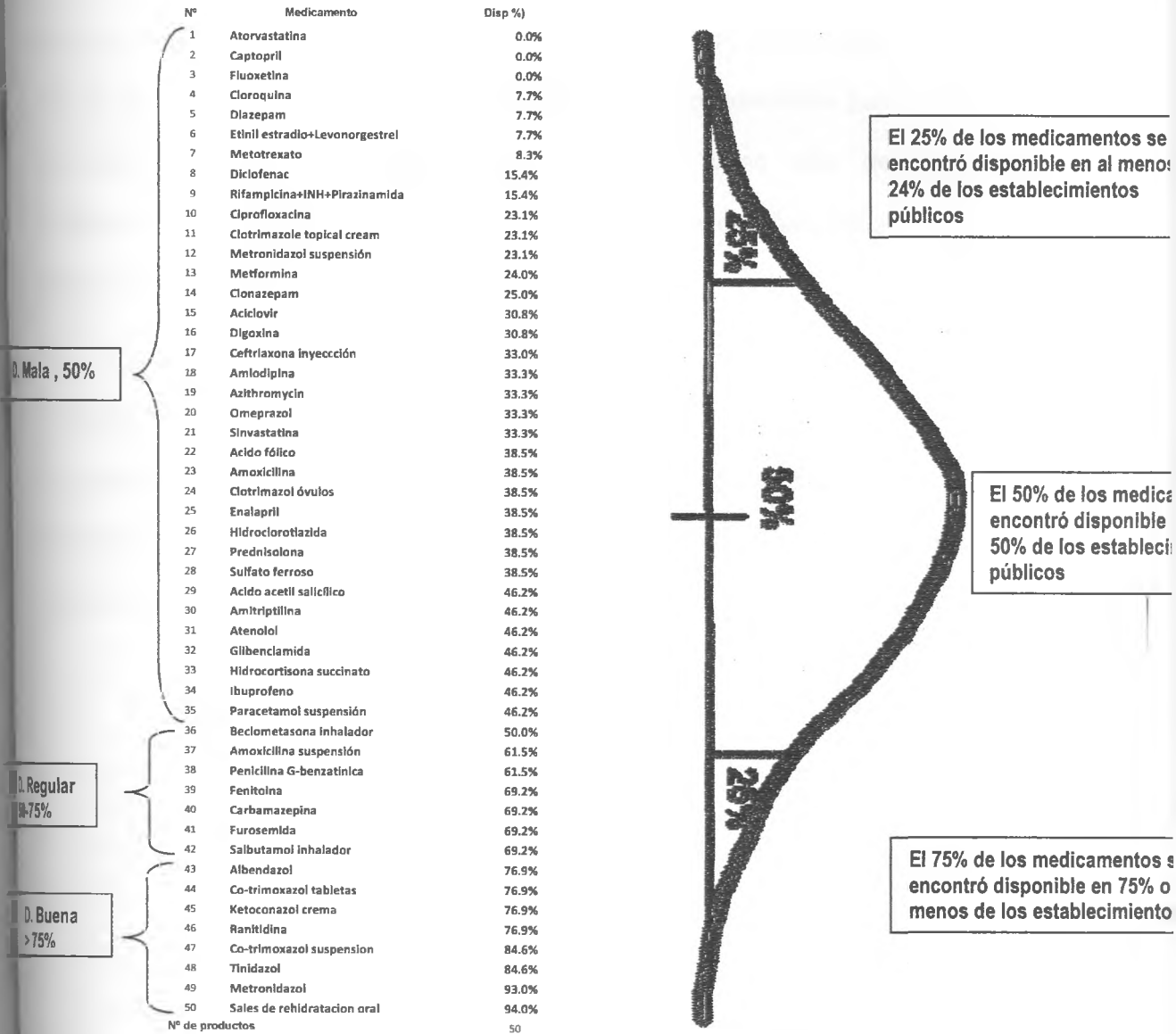
- Disponibilidad de los medicamentos
- Precio de los medicamentos y
- Capacidad de pago para algunas enfermedades seleccionadas
- Otros aspectos relacionados con medicamentos y la accesibilidad a servicios de salud

4.1. Disponibilidad

La disponibilidad fue entendida como el porcentaje de unidades de análisis (establecimientos de salud o farmacias) que poseían cualquiera de los medicamentos del listado para el estudio, se determinó utilizando el cuaderno de trabajo electrónico diseñado para tal fin por OMS/HAI. La mediana de las disponibilidad para cada medicamento se calculó automáticamente con dicho instrumento, ordenándolas de menor a mayor y ubicando el punto medio; éste representa la **disponibilidad mediana** del conjunto de medicamentos tanto para el producto de marca innovadora como para el genérico equivalente de menor

precio.

GRAFICO 1.
DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS EN EL SECTOR PÚBLICO
FRECUENCIA Y CÁLCULO DE LA MEDIANA



La disponibilidad mediana de los medicamentos estudiados se presenta separadamente para cada sector (público y privado). En el caso del sector público

se calcularon las disponibilidades para los subsectores Secretaría de Salud e Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

La disponibilidad mediana acompañada del intervalo intercuartílico (percentil 25 y 75) es el indicador identificado por la OMS/HAI como adecuado para medir la disponibilidad de los medicamentos en un estudio como este, debido a la distribución asimétrica que generalmente tienen estos datos (Variabilidad y valores extremadamente altos y bajos).

En atención a estudios realizados en otros países, se clasificó como mala para la disponibilidad cuando fue inferior al 50% de los establecimientos; regular para el medicamento con disponibilidad entre 50% y 75% y buena cuando aquella fue mayor del 75%.

Cuadro No. 2
Disponibilidad de medicamentos esenciales en el sector público

Medida	Tipo de medicamento	
	Marca innovadora	Genérico equivalente
Percentil 25	0.00%	24.00%
Mediana	1.30%	38.50%
Percentil 75	5.30%	61.50%

Sector público: Debe recordarse que la disponibilidad de medicamentos se limita al período en que realizó la encuesta (entre noviembre y diciembre 2009) y no refleja necesariamente la situación al momento actual. Los datos correspondientes

al sector público se presentan en el cuadro N° 2.

Debido a que el sector público adquiere generalmente sólo medicamentos genéricos en sus procesos de compra, para los productos de marca original o innovadora el percentil 25 es cero y la disponibilidad mediana y el percentil 75 son muy bajos.

Tal como mostró la gráfica la disponibilidad general en este sector es muy mala. El medicamento encontrado en el punto medio fue la amoxicilina en cápsulas, lo que significa que este medicamento y 25 más se encontraron en menos de 25 establecimientos y 12 se encontraron en menos de 24 establecimientos. El clotrimoxazole en tabletas, el metronidazol en suspensión, el tinidazol en tabletas y las SRO, son los productos con más alta disponibilidad (94%) de los establecimientos.

Cuadro No. 3
Disponibilidad comparada de medicamentos genéricos en el sector público

Tipo de medicamento	Institución	
	Secretaría de salud	IHSS
Percentil 25	23%	32%
Mediana	31.10%	74%
Percentil 75	62%	86%

Comparaciones intrasectoriales

La investigación en el sector público se limitó a la Secretaría de Salud (SS) y al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) que en teoría dan cobertura a más del 80% de la población. Es sabido que en relación a los volúmenes de población asignados y cubierta efectivamente el presupuesto del IHSS es significativamente mayor.

El financiamiento para la Secretaría de Salud proviene principalmente de los impuestos a diferencia del IHSS cuya fuente de financiamiento se origina en las aportaciones solidarias de patronos y trabajadores. Los derechohabientes teóricamente hacen uso de las prestaciones ofertadas por la institución en un régimen de reparto directo, equitativo y solidario, independientemente del monto de su aporte.

El cuadro N° 3 representa la disponibilidad mediana de medicamentos genéricos de 31.1% para la SS y de 74% para el IHSS, lo que significa que la disponibilidad en el IHSS es 2.4 veces mayor. Por otro lado el 62% de los medicamentos tuvieron mala disponibilidad en el IHSS, mientras que representaron igual condición el 77% de los medicamentos en la SS.

Comparación según nivel de atención

Aunque no definido de forma absoluta se reconoce a los centros ambulatorios de salud bajo el cargo de una auxiliar de enfermería (CESAR) y a cargo de un médico general (CESAMO) como el primer nivel de atención, a las Clínicas periféricas de

emergencia (CLIPER) dependientes del Hospital Escuela y las Clínicas Matero Infantiles, responsables de la atención del parto de bajo riesgo, como el segundo nivel y a los hospitales de diferente complejidad como el tercer nivel. Las clínicas periféricas, que brindan atención ambulatoria en el IHSS tienen un nivel de complejidad y de resolución mayor que el primer y el segundo nivel de la SS, por lo que para fines del estudio se clasificaron con segundo nivel. El Hospital de Especialidades del IHSS en Tegucigalpa es por supuesto de tercer nivel.

Cuadro No. 4
Disponibilidad mediana de medicamentos genéricos en el sector público según nivel de atención

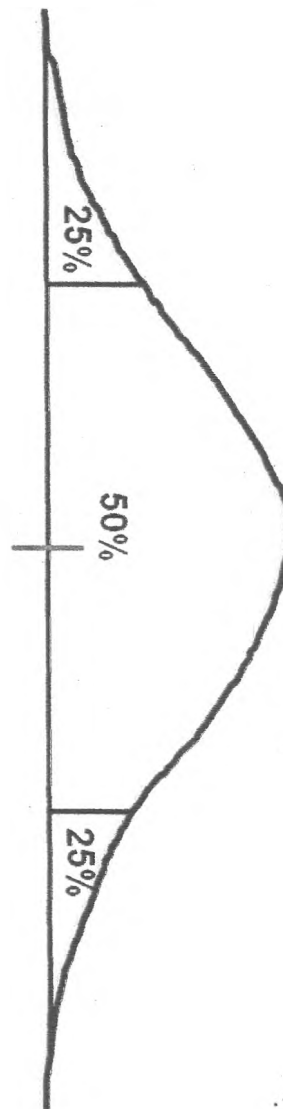
Nivel de atención	Institución	
	Secretaría de salud	IHSS
Primer nivel	45.10%	
Segundo nivel	32.50%	69.10%
Tercer nivel	66.70%	79.60%

Tal como lo muestra el cuadro N° 4 en el segundo nivel el IHSS supera en 37 puntos porcentuales al del la SS y en 13 puntos porcentuales respectivamente en el tercer nivel, lo que confirma su mayor disponibilidad de medicamentos.

Las CLIPER de la Secretaría de Salud, diseñadas para ser una extensión de la Emergencia del Hospital Escuela presentaron un nivel de desabastecimiento significativamente menor que cualquiera de los otros niveles de ambas instituciones.

Grafico 2. Disponibilidad mediana de medicamentos de marca en el sector privado con fines de lucro.

Nº	Medicamento	Disp (%)
1	Acido fólico	7.1%
2	Captopril	7.1%
3	Hydrochlorothiazide	7.1%
4	Omeprazole	7.1%
5	Penicilina G-benzatinica	7.1%
6	Digoxina	14.3%
7	Metotrexato	14.3%
8	Phenytoin	14.3%
9	Metronidazole	21.4%
10	Metronidazole suspensión	21.4%
11	Paracetamol suspension	21.4%
12	Tinidazol	21.4%
13	Cloroquina	28.6%
14	Co-trimoxazole tabletas	28.6%
15	Ranitidine	28.6%
16	Aciclovir	35.7%
17	Beclometasone inhaler	35.7%
18	Ciprofloxacin	35.7%
19	Co-trimoxazole suspension	35.7%
20	Enalapril	35.7%
21		35.7%
22	Hidrocortisona succinato	35.7%
23	Azithromycin	42.9%
24	Glibenclamide	42.9%
25	Simvastatin	42.9%
26	Atenolol	50.0%
27	Atorvastatin	50.0%
28	Carbamazepina	50.0%
29	Diazepam	50.0%
30	Diclofenac	50.0%
31	Ethinil estradio+Levonorgestrel	50.0%
32	Furosemide	50.0%
33	Ketoconazol crema	50.0%
34	Ceftriaxone injection	57.1%
35	Clotrimazole ovulos	57.1%
36	Clonazepam	64.3%
37	Clotrimazole topical cream	64.3%
38	Salbutamol inhaler	64.3%
39	Albendazole	71.4%
40	Amlodipine	85.7%
41	Acido acetil salicílico	92.9%
Nº de productos encontrados		



El gráfico 2 muestra la disponibilidad mediante distribución mediana de los medicamentos en el sector privado con fines de lucro. Su bajo promedio de disponibilidad refleja la emergencia de los productos genéricos equivalentes en el mercado farmacéutico nacional, que como muestra el cuadro 5 supera en más de

dos veces la disponibilidad de productos de marca. De los productos de marca original 9 no se encontraron en ninguna farmacia: amitriptilina, amoxicilina en cápsulas, amoxicilina en suspensión, Ibuprofeno de 400 mg, Metformina, Prednisona, Rifampicina+etambutol+Pirazinamida, Sales de rehidratación oral y sulfato ferroso en grageas.

Por otro lado la disponibilidad mediana para los genéricos fue de 71.4%, que significa que la mitad de los medicamentos se encontró en 35 farmacias o menos, que es casi 3 veces más de lo que se encontró en los medicamentos innovadores. Se encontró en el 100% de las farmacias seis productos genéricos: Azitromicina, carbamazepina, ciprofloxacina, metronidazol en tabletas, omeprazole y prednisona.

Cuadro No. 5
Disponibilidad mediana de medicamentos genéricos comparada en los diferentes sectores

Medida	Sector Público			Sector privado con fines de lucro
	SS	IHSS	Ambos	
Percentil 25	24.00%	50.80%	27.40%	57.14%
Mediana	38.50%	74.00%	49.00%	71.43%
Percentil 75	61.50%	90.30%	76.00%	85.71%

4.2. Precios de venta al detalle de los medicamentos

Los resultados se presentan para cada medicamento mediante el índice mediano de precios (IMP) que resulta de dividir el precio unitario mediano del sector (PUMS) entre el precio internacional de referencia (PIR), que fue tomado de la Guía Internacional de Indicadores de Precios de Medicamentos publicada por Management Sciences for Health (MSH), edición de 2007, cuya fuente son los proveedores con y sin ánimo de lucro, organizaciones para el desarrollo internacional y compradores (generalmente agencias del sector público) que adquieren medicamentos en licitaciones internacionales abiertas.

Esta fuente ha sido recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Health Action International (HAI) en el manual que describe la metodología para estudios comparativos internacionales.

El IMP de un medicamento se considera aceptable si es menor o igual a 2.5, es decir hasta dos y medio veces el valor del PIR.. Esto es aplicable sólo para los medicamentos genéricos, pues en los de marca innovadora la racionalidad del precio es difícil de determinar, ya que la prima de marca (que mide la diferencia entre el precio del medicamento de marca innovadora y su equivalente genérico más barato) es muy variable y está sujeta a criterios de las compañías farmacéuticas propietarias de la marca innovadora.

Sector público

El sector público no comercializa los medicamentos

Sector privado con ánimo de lucro

Se utiliza como indicador representativo del precio de un grupo de medicamentos la Mediana de los Índices Medianos de los Precios la que se determina mediante cálculos estadísticos o bien ordenando los IMP de cada medicamentos de menor a mayor y determinando su punto medio. Se presenta también la variación de los precios encontrada en las diferentes farmacias, (tanto para los medicamentos de marca innovadora entre sí, genéricos entre sí o entre genéricos y de marca innovadora) y el de los genéricos equivalentes.

Cuadro No. 6
Índices Medianos de los Precios de los medicamentos en el sector privado con ánimo de lucro

Medida	Marca innovadora	Equivalente genérico
Número de medicamentos incluidos (Encontrados en al menos 4 farmacias)	29	46
Percentil 25	16.14	6.33
Mediana de los IMP	29.93	10.95
Percentil 75	83.50	26.58
IMP mínimo	2.09	1.11
IMP máximo	391.84	134.53

De los 50 medicamentos incluidos en el estudio, se encontraron sólo 29 medicamentos de marca innovadora y 46 medicamentos genéricos equivalentes., por lo que el análisis de los precios se limita a estos medicamentos, los cuales tuvieron una gran variabilidad de precios. La mediana de los IMP de los 29 medicamentos de marca innovadora encontrados fue de 29.93, con un valor

mínimo de 2.09 y un máximo de 391.84. En cambio para los 46 genéricos encontrados, la mediana fue de 10.95 con un valor mínimo de 1.11 y un máximo de 166.68.

En promedio los medicamentos de marca innovadora son 2.7 veces más caros que los genéricos, aunque se encontraron medicamentos de marca innovadora hasta 7.6 veces más caros que su genérico equivalente, como la ceftriaxona inyectable. Y el trimetoprim sulfametoxazol en tabletas es 8 veces más caro que su genérico más barato.

Cuadro No. 7

Comparación de las Medianas de los Índices de Precios de Adquisición (IPA) de los medicamentos genéricos en el sector público

Medida	SS	IHSS
Número de medicamentos incluidos (Encontrados en al menos 4 farmacias)	32	ND
Percentil 25	0.69	ND
Mediana de los IMP	1.05	ND
Percentil 75	2.02	ND
IMP mínimo	0.35	ND
IMP máximo	80.73	ND

Uno de los intereses del estudio fue la comparación de los precios entre las dos instituciones del sector público, la Secretaría de Salud y el IHSS. Pero esto no se pudo lograr por la reserva de esta última institución para compartir esa información fuera de la misma. Sin embargo estudios elaborados por la Comisión

Centroamericana de Medicamentos, producto de los acuerdos de las Reuniones del Sector Salud de Centroamérica y Panamá (RESSCAD) revelaron que en todos los países de la subregión las instituciones de seguridad de los países compran a valores más elevados los mismos medicamentos.

4.3. Capacidad de pago

Para tener una idea más clara de la capacidad de pago de la población, se ha relacionado el precio de los medicamentos tanto de la marca innovadora como de su versión genérica equivalente, empleados en pautas de tratamiento para diez enfermedades seleccionadas no complicadas que se encuentra habitualmente en el perfil epidemiológico nacional. Han sido recomendadas además por la OMS/HIA para efectos de comparaciones internacionales.

Los resultados se presentan en el cuadro N° 8, en términos de días de trabajo necesarios para financiar el tratamiento de cada una de las enfermedades, tanto para un trabajador gubernamental del sector urbano, como para un trabajador no calificado del sector rural, de acuerdo con el salario mínimo vigente en cada sector durante el período de estudio.

Se considera que no es adecuado el acceso a los medicamentos si el costo de un tratamiento es igual o mayor al equivalente a un día de salario del trabajador.

Cuadro No. 8

Capacidad de pago para el tratamiento de 10 enfermedades seleccionadas en días de trabajo para un trabajador urbano de menor salario y un trabajador rural no calificado

No.	Tratamiento	Tipo de medicamento	Número de días de trabajo	
			Urbano	Rural
1	Asma bronquial Beclometasona 250 mcg/dosis inhalador de 200 dosis	Genérico	2.7	3.7
		Innovador	2.4	3.3
2	Diabetes Glibenclamida 5 mg dos veces al día por 30 días	Genérico	0.6	0.8
		Innovador	2.8	3.8
3	Hipertensión arterial Atenolol 50 mg por 30 días	Genérico	0.7	1.0
		Innovador	2.0	2.7
4	Hipertensión arterial Captopril 25 mg BID por 30 days	Genérico	1.6	2.2
		Innovador		0.0
5	Hipercolesterolemia Sinvastatin 20 mg por 30 días	Genérico	3.2	4.4
		Innovador	7.2	9.9
6	Depresión Fluoxetina 500 mg por 30 días	Genérico	7.4	10.1
		Innovador	25.6	35.0
7	Infección respiratoria del adulto Amoxicillin 500mg 3 veces al día por 7 días	Genérico	1.3	1.8
		Innovador	6.9	9.4
8	Infección respiratoria en el niño Co-trimoxazole suspensión 10ml por día por 7 días	Genérico	1.2	1.6
		Innovador	2.4	3.3
9	Artritis Diclofenac 50mg BID por 30 días	Genérico	1.5	2.1
		Innovador	6.5	8.9
10	Úlcera Omeprazol 20mg 1 cap/tab por 30 días	Genérico	2.7	3.7
		Innovador	4.2	5.7

Como se observa, un trabajador gubernamental con un salario mínimo diario de L 133.68 requerirá de 7.4 días de trabajo para costear un tratamiento de una depresión durante 30 días con un medicamento genérico; para el mismo tratamiento un trabajador rural requerirá 10.1 días de tratamiento.

Si en cualquiera de los casos el tratamiento se hace con el medicamento innovador, se requerirá de 25,6 y 35.0 días de trabajo según se trate de un trabajador urbano o rural respectivamente.

4.4. Otros aspectos relacionados con el acceso a medicamentos esenciales

Aunque la información hasta aquí permite aproximarse a un análisis sobre la accesibilidad de los pacientes a los medicamentos esenciales, se exploraron otros aspectos mediante una encuesta de salida, en la que se entrevistó a 54 pacientes asistentes a los establecimientos de salud, levantándose información adicional sobre la disponibilidad y precio de los medicamentos.

Cuadro No. 9
Diagnósticos de los pacientes asistentes a los establecimientos de salud. Tegucigalpa, Honduras

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
IRA	17	32.70%
Hipertensión arterial	5	9.60%
Diabetes	4	3.80%
Control Prenatal	4	7.70%
Infecciones de piel	3	5.80%
Cardiopatía	2	3.80%
Colitis	2	3.80%
Control PF	2	3.80%
Hipercolesterolemia	2	3.80%
Litiasis renal/vesicular	2	3.80%
Depresión	1	1.90%
Gastritis	1	1.90%
Otros diagnósticos	9	17.30%
Total	54	100.00%

Los asistentes a consulta solicitaron atención por las principales causas conocidas de demanda de servicios de salud: las infecciones respiratorias agudas en primer

lugar, seguidas de las enfermedades crónicas de más alta prevalencia en la población adulta, la hipertensión y la diabetes que a fines del estudio cobran particular importancia por requerir tratamiento permanente y generalmente de alto costo

Cuadro No. 10

Recepción de los medicamentos indicados a pacientes que asistieron a establecimientos de salud de Tegucigalpa, de la Secretaría de Salud y el IHSS. Noviembre 2009

RECIBIÓ TODOS LOS MEDICAMENTOS	NÚMERO PACIENTES	%
Si	21	43%
No	28	57%
Total	49	100%

Coincidiendo y validando los datos de baja disponibilidad de los medicamentos en los servicios de salud pública la entrevista reveló que el 57% de los pacientes no recibió todos los medicamentos que fueron indicados, situación que puede condicionar la no conclusión del tratamiento indicado. Esto es especialmente crítico en el paciente con enfermedades crónicas o con procesos agudos que requieren del alivio inmediato del sufrimiento y la prevención de complicaciones, tal como se detalla en los cuadros 11 y 12 que registran los medicamentos que no fueron suministrados y los que sí se proporcionaron.

Cuadro No. 11
Medicamentos que se suministraron a
pacientes que asistieron a establecimientos de salud de Tegucigalpa, de la
Secretaría de Salud y el IHSS. Noviembre 2009

MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	NUMERO PACIENTES	Porcentaje
Antibioticos/Antiparasitarios	14	45%
Analgesicos/antiinflamatorios	4	13%
Antihipertensivos/diureticos	3	10%
Antiasmáticos	2	7%
Antiácidos	1	3%
Otros	7	23%
Total	31	100%

Cuadro No. 12
Medicamentos que NO se suministraron a
pacientes que asistieron a establecimientos de salud de
Tegucigalpa, de la Secretaría de Salud y el IHSS. Noviembre 2009

MEDICAMENTOS NO SUMINISTRADOS	NUMERO PACIENTES	Porcentaje
Analgesicos/antiinflamatorios	7	21%
Antibioticos/Antiparasitarios	5	15%
Antihipertensivos/diureticos	5	15%
Hipoglicemiantes orales	2	6%
Hipolipemiantes	2	6%
Antiácidos	1	3%
Antiasmaticos	1	3%
Antidepresivos/ansiolíticos	1	3%
Otros	9	27%
Total	33	100%

Los productos antimicrobianos de diferente naturaleza son los productos más

indicados e igualmente los que menos se suministran, al igual que sucede con los productos analgésicos y antiinflamatorios. Los fármacos antihipertensivos destacan entre los medicamentos que la población no logra obtener en los establecimientos públicos.

Cuadro No. 13
Posibilidad de obtener los medicamentos no suministrados a
pacientes que asistieron a establecimientos de salud de Tegucigalpa, de
la Secretaria de Salud e IHSS. Noviembre 2009

Posibilidad de obtener medicamentos	Número de pacientes	Porcentaje
Si	19	58%
No	14	42%
Total	33	100%

Uno de los aspectos más preocupantes ante la falta de suministro de los medicamentos es la posibilidad del paciente de acceder a ellos de otra forma. Sin embargo de los 33 pacientes que dieron respuesta a esta pregunta el 42% indicó que no le resultaría posible obtenerlo por otra vía.

La limitación se da fundamentalmente por la insuficiencia de recursos económicos, como lo revela la respuesta dada por 18 pacientes que dieron explicaciones a su incapacidad de gestionar los medicamentos. (Cuadro 14)

Cuadro No. 14
Razones del paciente para no poder obtener los medicamentos
no suministrados en los establecimientos de salud de Tegucigalpa, de la
Secretaría de Salud y del IHSS. Noviembre 2009

RAZÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
No tiene dinero	16	89%
No tiene trabajo	2	11%
Total	18	100%

El personal de la farmacia del establecimiento citó el agotamiento de la existencia de los medicamentos como la razón principal (70% de los pacientes) para no satisfacer la demanda de fármacos del paciente asistente al servicio de salud. En el 9% de los casos los medicamentos no habían sido suministrados ese trimestre. La indicación de medicamentos fuera del cuadro básico fue la razón en el 21% de los casos en que el medicamento no fue brindado.

Cuadro No. 15
Razones para no suministrar medicamentos a
pacientes que asistieron a establecimientos de salud de Tegucigalpa, de
la Secretaría de Salud e IHSS. Noviembre 2009

RAZÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
Existencia agotadas	23	70%
Fuera del cuadro básico	7	21%
No vinieron este trimestre	3	9%
Total	33	100%

Aunque se aclaró anteriormente que los resultados sobre la disponibilidad de

medicamentos expresan la situación encontrada durante el período de duración del estudio, los asistentes a los centros de salud mencionaron que este no es un problema aislado o reciente. El 73% de 22 pacientes indicaron que es una situación que ocurre con frecuencia y en el 14% había sucedido en al menos la consulta anterior.

Cuadro No. 16
Ocurrencia anterior de la falta de suministro de medicinas a
pacientes que asistieron a establecimientos de salud de Tegucigalpa, de
la Secretaría de Salud y del IHSS. Noviembre 2009

HA OCURRIDO ANTERIORMENTE	Número	Porcentaje
Con frecuencia	16	73%
Consulta anterior	3	14%
No	3	14%
Total	22	100%

En cada uno de las unidades de salud en las que se levantó la encuesta sobre disponibilidad de medicamentos, se entrevistó igualmente al jefe o encargado del establecimiento a fin de obtener información sobre el nivel de suministro de los pedidos realizados trimestralmente, explorada de dos maneras: la comparación entre en el número de líneas de medicamentos solicitadas y las proporcionadas por el Almacén Central de Medicamentos y además confrontando las cantidades solicitadas de cada medicamento contra las cantidades suministradas.

Del promedio de 96 medicamentos solicitados al Almacén Central de medicamentos, sólo se recibió el 46%, con un déficit de 54% de las líneas de

medicamentos, otro aspecto que confirma la baja disponibilidad de los medicamentos en la red pública de salud.

Cuadro No. 17
Período de desabastecimiento de medicamentos no suministrados
en establecimientos de salud de Tegucigalpa. Secretaria de Salud e IHSS.
Noviembre 2009

Período	Número	Porcentaje
1 mes o menos	8	32%
2-3 meses	6	24%
1 trimestre o más	11	44%
Total	25	100%

Ante la pregunta sobre el período de duración del desabastecimiento de los medicamentos no entregados el personal de salud indicó que se había extendido por más de un trimestre en el 44% de los casos, y entre 2 o 3 meses el 24%, situación que reafirma la deficiente respuesta para atender la demanda expresada en los centros de salud y la escasa satisfacción de la misma.

Cuadro No. 18
Duración promedio del suministro trimestral de medicamentos
en establecimientos públicos de salud de Tegucigalpa.
Secretaría de Salud e IHSS. Noviembre 2009

Período	Número	Porcentaje
1 mes o menos	4	16%
2 meses	24	96%
3 meses o más	3	12%
Total	31	124%

Los encargados de los centros de salud indicaron que la duración promedio del suministro trimestral es de 2 meses. Queda sin embargo por investigar cuáles son

las líneas de medicamentos que principalmente se afectan.

Otro de los aspectos de gran interés es la relación existente entre la disponibilidad de los medicamentos y la demanda de atención a los centros de salud.

Cuadro No. 19
Demanada promedio de pacientes en relación con los meses de a partir del recibo de los medicamentos en los establecimientos del sector público de salud de Tegucigalpa de la Secretaría de Salud y del IHSS. Noviembre 2009

Mes a partir del recibo de los medicamentos	Total de pacientes atendidos	Número promedio de pacientes	Diferencia porcentual con el primer mes
Primer mes	80405	6185	
Segundo mes	65252	5019	-19%
3 meses o más	63052	4850	-22%

La revisión de los registros del número de pacientes atendidos indica que el promedio de pacientes decrece en un 19% el segundo mes a partir del ingreso del medicamento y un 22% en el tercer mes. Aunque no puede establecerse una relación lineal entre este hecho y el déficit de medicamentos hace suponer fuertemente que este es uno de los factores que influye negativamente en la expresión de la demanda de atención a los servicios de salud.

4.5. DISCUSIÓN

La escasa disponibilidad de los medicamentos en el sector público es una realidad conocida en nuestro país y en el resto de los países en desarrollo, pero no por ello deja de ser inaceptable ya que en este sector es donde la población más pobre espera que esté cubierta una parte, al menos, de la totalidad del costo de la atención. Es un imperativo ético la investigación de las causas de esta baja disponibilidad y principalmente de las soluciones al incumplimiento de parte del derecho a la salud que asiste a la población.

Uno de los elementos a investigar es la eficiencia de las adquisiciones de medicamentos en las instituciones estatales o la asignación financiera para este rubro, así como los mecanismos que participan en todo el proceso de gestión de estos insumos críticos.

Medido en términos de disponibilidad, el costo para el paciente varía considerablemente: hay grandes diferencias entre el precio de los medicamentos innovadores de marca en el sector privado y el genérico de menor precio adquirido en las farmacias. Aunque los medicamentos son de distribución gratuita en los servicios estatales con mucha frecuencia la población debe echar mano de sus propios recursos económicos para adquirir los medicamentos no disponibles en el establecimiento de salud.

Como se ha indicado antes, los precios varían apreciablemente entre los

sectores público y privado y entre los innovadores de marca y los medicamentos genéricos. Las observaciones efectuadas hasta ahora muestran que los precios también cambian apreciablemente entre las farmacias privadas, como lo indican los datos presentados. El garantizar el derecho de la población a los medicamentos esenciales, en esta situación planteada, requeriría un funcionamiento eficaz y eficiente de los mecanismos reguladores del Estado, situación que está muy lejos de ocurrir actualmente.

La baja disponibilidad de los medicamentos esenciales incluidos en el estudio, en particular en el sector público pero también en algunas farmacias del sector privado, influye en la fiabilidad de los datos. Por ello puede sugerirse que el estudio no da un cuadro preciso de la situación del país. Sin embargo, las variaciones de los precios son tan amplias que las principales conclusiones no quedan afectadas en un grado apreciable y las observaciones hechas al respecto revelan una situación realmente problemática en el difícil acceso económico de la población a los medicamentos esenciales.

Honduras tiene un sector privado sin ánimo de lucro pequeño y fragmentado, el que se decidió no estudiar en la ciudad de Tegucigalpa, donde su presencia en la distribución o venta de medicamentos es muy escasa, por lo que opinamos que hubiera influido sólo marginalmente en los resultados. Debe sin embargo hacerse esfuerzo por estudiar algunas nuevas modalidades que empiezan a tener alta participación en la dinámica de la atención de los problemas de enfermedad en la población, como las clínicas privadas que brindan la atención y suministran

el medicamento y la modalidad del médico de empresa impulsada por el IHSS.

Una limitación de los estudios sobre precios de los medicamentos, como el presente, es la determinación de la calidad de los productos examinados. En el presente estudio, todos los productos que se expenden en los puestos de venta autorizados están registrados, lo que hace suponer, en términos de la ley, que tienen una calidad aceptable. Sin embargo, dado que no efectuamos ningún análisis de control de calidad, no puede afirmarse si algunos de los productos están por debajo de las normas internacionales aceptadas. Este es uno de los extremos que es meritorio de un estudio ulterior.

En el nuestro, como en la generalidad de los países el sector farmacéutico es difícil de gestionar. En contraste con otros mercados, el sector farmacéutico es distinto porque la persona que prescribe el tratamiento es distinta de quien paga. El que paga, que en los países en desarrollo es con frecuencia el paciente directamente, depende de decisiones adoptadas por personas que o no están interesadas en los precios o que están interesadas en obtener la mayor rentabilidad posible. Por este motivo, la mayoría de los países regulan el sector mediante leyes y reglamentos apropiados y consiguen el cumplimiento mediante la inspección sistemática, situación que es aun muy débil y limitada en Honduras.

Los medicamentos son insumos críticos en el proceso de atención de los problemas de salud en un país y como se ha dicho ampliamente constituyen una de las expresiones en las que se hace concreto el derecho a la salud de la

población. El volumen de recursos financieros estatales y privados pagados por las personas y familias sobre todo las de menor capacidad financiera son suficiente justificación para establecer un sistema de monitoreo permanente y sistemático que dé cuenta de la calidad y de la disponibilidad de estos productos para la población y el seguimiento a los elementos que los afectan.

Los medicamentos deben ser vistos y tratados más que como un producto comercial, como un insumo necesario en la producción de la salud, un bien público que el estado tiene la responsabilidad de tutelar. Como parte de ese esfuerzo se hace necesario la revisión y actualización de la actual Política Nacional de Medicamentos y la organización transparente y efectiva de las instancias responsables del proceso de gestión de medicamentos en el país.

Como ha sido propuesto internacionalmente, los trabajos investigativos como éste son necesarios de forma organizada y planificada en el país, como parte del proceso de vigilancia de los medicamentos y como parte de los esfuerzos para garantizar el derecho de la población al nivel más alto posible de la salud.

5. CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las principales conclusiones del estudio son las siguientes.

1. En Honduras hay muestras de grandes incumplimientos al derecho a la salud, expresados a través de las limitaciones y dificultades al acceso a los medicamentos esenciales para la población.
2. El sector público de salud pública proporciona los medicamentos de forma gratuita. Sin embargo, la disponibilidad de los medicamentos en el sector público está lejos de ser óptima y muchas personas se ven forzadas a utilizar el costoso sector privado, para su adquisición, o prescindir del tratamiento.
3. En el país los precios reportados de los medicamentos tienen una amplia variabilidad, pero en términos generales son elevados, de acuerdo con los parámetros de comparación internacional.
4. Los precios de los medicamentos genéricos aunque menores que los productos de marca innovadora, se mantienen por encima del 50% de los innovadores. Esto no permite la reducción de los precios de los medicamentos de marca innovadora y mejorar el acceso real de la población a los medicamentos.
5. Se requiere una acción reguladora estatal que permita hacer más accesible los medicamentos a la mayoría de la población hondureña, con altos índices de desempleo o subempleo. Un indicador de esa necesidad es que el tratamiento de varias entidades tanto con el uso de medicamentos innovadores como los genéricos equivalentes, está muy por encima del estándar internacional para considerar que los medicamentos son accesibles para la población trabajadora con menores ingresos económicos.

6. Los precios de los productos innovadores de marca son apreciablemente mayores que los precios de sus equivalentes genéricos
7. Hay una amplia variabilidad en el precio de los medicamentos genéricos equivalentes.
8. Los precios son apreciablemente superiores en el sector privado y los productos innovadores de marca se utilizan posiblemente de modo más amplio porque no hay incentivos para prescribir y vender equivalentes genéricos, con lo cual el tratamiento resulta inasequible para grandes volúmenes de población.
9. La política actual de medicamentos debe ser revisada y actualizada para evitar que la adquisición de los medicamentos esenciales suponga una dura carga para los pobres.
10. La dotación de medicamentos es crónicamente insuficiente en los servicios de salud y afecta de manera importante la calidad del tratamiento a las enfermedades y el adecuado control principalmente de las entidades crónicas.
11. De acuerdo con la capacidad adquisitiva del trabajador hondureño el pago de los medicamentos representa una carga financiera muy gravosa, especialmente para la población pobre del país.

RECOMENDACIONES

1. Profundizar en el estudio de las causas de la baja disponibilidad de medicamentos en el sector público de salud, realizando estudios de los niveles de la inversión per cápita en medicamentos y en la eficiencia en los mecanismos de gestión, prescripción y uso de los medicamentos.
2. Incrementar la eficiencia en los mecanismos de adquisición del sector público:
 - Unificando criterios de selección y distribución de medicamentos esenciales en las redes de servicios
 - Fortaleciendo las buenas prácticas en los procesos de licitación pública y privada
 - Unificar los procesos de compra entre la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social, como una estrategia de obtención de mejores precios por medio de economía de escala.
3. Fortalecer los procesos de participación social y de defensa de los derechos de los consumidores gubernamentales y no gubernamentales, abriendo espacios reales de trabajo conjunto entre grupos organizados de la sociedad y las instituciones estatales.
4. Revisar y adecuar la política nacional de medicamentos con el propósito de hacerla un instrumento real de garantía del acceso de la población a medicamentos esenciales.
5. El efecto de los cambios en la política debe medirse mediante encuestas regulares sobre los precios y disponibilidad de los medicamentos.

BIBLIOGRAFIA

1. Angel, Marcia. 2004. La verdad sobre las compañías farmacéuticas. Boletín Fármacos, Volumen 7. Número 5. Noviembre 2004. Harvard University. New York.
2. Banco Central de Honduras. Honduras en Cifras 2003 – 2007. Disponible en www.bch.hn. Acceso 24 de julio de 2008
3. Carikeo M., Jorge. 2008. Informe de consultoría sobre medicamentos. Banco Mundial. Tegucigalpa, Honduras.
4. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas. 2000. Comentario 14 al Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ginebra.
5. Constitución de la República de Honduras, 1982. Capítulo Título III, de las Declaraciones, Derechos y Garantías.
6. Forti, Silvana. 2006. Reforma y Equidad en Honduras: Agenda, Actores y Alternativas. Con la colaboración de un equipo del POSAP/UNAH. Tegucigalpa.
7. Hale and healthy. The Economist. pp 69-70.
8. Instituto Nacional de Estadística de Honduras. Censo de Población y Vivienda 2001. Tegucigalpa.
9. Instituto Nacional de Estadística. Honduras. 2004. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Tegucigalpa. INE.
10. Honduras. Informe de la deuda pública, enero a diciembre 2005. Secretaría de Finanzas. Disponible en www.sefin.gob.hn. Acceso el 24 de julio de 2008
11. Honduras. Informe de la deuda pública, enero a marzo 2008. Secretaría de Finanzas. Disponible en www.sefin.gob.hn. Acceso el 24 de julio de 2008
12. Honduras. Secretaría del Despacho Presidencial. Unidad de Apoyo Técnico. 2007. Informe de Avance de la ERP, Tercer trimestre de 2007. Secretaría del Despacho Presidencial.
13. IMS (Estadísticas Médicas Internacionales) Health Total Market Estimates and Global Pharma Forecast, citado en Salud en las Américas, 2007, Volumen I-Regional, pag. 374

14. Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras. 2001. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001
15. Instituto Nacional de Estadísticas. 2006. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Septiembre 2006
16. Kofi Annan. 2001. Discurso ante los líderes africanos en la Conferencia africana acerca del SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, recogido en la nota de prensa, "Secretary-General proposes global fund for the fight against HIV/AIDS and other infectious diseases at African leaders summit", SG/SM/7779/Rev.1, pf. 20, 26.4.2001.
17. Mercaplan Centroamérica. 2001. Encuesta Nacional sobre Percepción de corrupción en Honduras 2001. Banco Mundial.
18. Organización Mundial de la Salud. 2006. Medicamentos Esenciales: Informe Anual, 2006. Ginebra.
19. Organización Mundial de la Salud. 2008. Estrategia Mundial y Plan de acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual. Punto 11.6 del Orden del Día en la Asamblea Mundial de la Salud. 24 de mayo 2008.
20. ONUSIDA. 1999. Acceso a los medicamentos: Actualización técnica del ONUSIDA. Marzo de 1999.
21. Organización de las Naciones Unidas. 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Resolución 2200A (XXI).
22. Organización de las Naciones Unidas. 2000. Resolución S-42/2 adoptado en la Sesión Especial de la Asamblea General referida al Desarrollo Social, Parte III, artículos. 12 y 101. Nuevas iniciativas para el desarrollo social, UNGA.
23. Organización Panamericana de la Salud. 2006. Centro de Políticas Farmacéuticas, Escuela Nacional de Salud Pública. Situación farmacéutica en América latina y El Caribe 2003. Estructura y Procesos. Río de Janeiro: NAF/ENSP
24. Organización Panamericana de la Salud. 2004. Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Serie N° 1 Extensión de la Protección Social en Salud. Washington, D.C. OPS.

25. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, 2007. Volumen I. OPS. Washington.
26. Pratt L. 2005. El Sector maquila de Honduras y riesgos ambientales y sociales. Disponible en: <http://www.ecobanking.com>
27. PNUD y Oficina del Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Derechos Humanos. 2004. Complicaciones de las observaciones finales del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre países de América Latina y El Caribe (1989-2004).
28. Secretaría de Salud de Honduras. 2005. Plan Nacional de Salud, 2021. Tegucigalpa, Honduras.
29. Seuba Hernández, Xavier. 2005. Medicamentos, los beneficios de la salud. Asociación para las Naciones Unidas en España. Barcelona.
30. Uranga N. 2004. Acceso a medicamentos esenciales un derecho de todos. Revista Pediatría de Atención Primaria. Volumen VI. Número 22. Abril/junio 2004. Madrid.
31. World Health Organization. 2007. Medicines Strategy: Countries at the core 2004-2007. Geneva. WHO.

ANEXOS

7. Además de la compra de los medicamentos ¿Hará otros gastos para conseguirlos? _____

8. ¿Cuáles gastos hará? _____

9. ¿De cuánto es ese gasto? _____

Pase al número 13

10. ¿Por qué razón no le es posible conseguir los medicamentos que le recetaron? _____

11. ¿Cómo hará para completar el tratamiento para su enfermedad? _____

12. ¿Le ha ocurrido este mismo problema (no recibir los medicamentos) anteriormente? _____

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LA FARMACIA DEL CENTRO DE SALUD

Estamos recopilando información sobre la disponibilidad de medicamentos para algunas de las enfermedades por las que los pacientes acuden más frecuentemente a este centro de salud. Solicitamos su colaboración proporcionándonos información sobre los medicamentos que le fueron indicados al paciente _____

13. ¿Por qué razón no se le proporcionaron los medicamentos indicados a este paciente? _____

14. ¿Desde cuándo no hay existencia de este medicamento en la farmacia? _____

15. ¿Normalmente cuánto tiempo dura el medicamento del trimestre? _____

INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

INFLUENCIA DE LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS EN LA DEMANDA DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD (DIRIGIDO AL JEFE O ENCARGADO DEL CENTRO DE SALUD)

En este momento realizamos un estudio sobre la disponibilidad de medicamentos y la asistencia de los pacientes a este centro de salud. Agradecemos su colaboración brindándonos la información que solicitamos y permitiéndonos ver algunos de los informes de registro de pacientes en el Centro de Salud.

DATOS GENERALES

Encuestador _____ Fecha ____/____/____
Día Mes Año

Localidad _____ Municipio _____

Centro de salud _____ Región _____

Nombre del informante _____

1. ¿En qué fecha recibió su último pedido de medicamentos en el centro de salud?

Fecha ____/____/____ (Ver copia de documento de entrega [Conocimiento de embarque])
Día Mes Año

2. ¿Qué número de medicamentos había solicitado? _____

3. ¿Qué número de medicamentos recibió? _____

4. De los medicamentos que recibió ¿Cuántos venían en la cantidad que solicitó? _____

5. ¿Cuánto tiempo normalmente duran las existencias de los medicamentos que le envían del almacén de medicamentos? _____

Nota al encuestador. La información solicitada para las preguntas 6, 7 y 8 debe corresponder al último trimestre completo después de recibir un pedido trimestral de medicamentos.

6. Cantidad de pacientes que asistieron al centro de salud durante el primer mes del trimestre en que se recibieron los medicamentos (solicitar el AT-2 y anotar) _____

7. Cantidad de pacientes que asistieron al centro de salud durante segundo mes del trimestre en que se recibieron los medicamentos (solicitar el AT-2 y anotar) _____

8. Cantidad de pacientes que asistieron al centro de salud durante el tercer mes del trimestre en que se recibieron los medicamentos (solicitar el AT-2 y anotar) _____

9. ¿Cuáles cree usted que son los factores que influyeron en la variación de la cantidad de pacientes que asistieron al Centro de salud estos tres meses?
