

# **ACCESO A MEDICAMENTOS UNA MIRADA CIUDADANA**

**David Vivar Torres**  
**Servicio de Medicinas Pro-Vida**

# A manera de introducción



- El acceso a medicamentos, preocupa a los gobiernos pero mas a las **Personas-Ciudadanas**.
- La **PC** es la razón de ser de la acción sanitaria que por **DERECHO** (Leyes y compromisos internacionales) está obligado a gozar oportunamente y con calidad garantizada del bien de salud (el medicamento).
- **El medicamento como “bien social”** en un mercado imperfecto, contribuye la inclusión social, donde la relación oferta- demanda, se inclina a un lado de la balanza.

# ACCESO Y DDHH



El nexo entre medicamentos y derecho, empieza por la garantía universal de acceso a los medicamentos, pero continúa con el derecho a recibir el adecuado, y a no ser intoxicado por ellos. (Joan Ramón Laporte )



## CONSTITUCION POLITICA DEL PERU

### TITULO I: DE LA PERSONA Y DE LA SOCIEDAD

#### CAPITULO I

#### DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA

##### Artículo 1.- Defensa de la persona humana

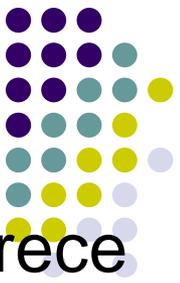
La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado.

##### Artículo 2.- Derechos fundamentales de la persona

Toda persona tiene derecho:

1. A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.

2. A la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole.



# Datos para reflexionar

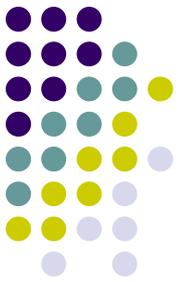
Más de la tercera parte de la población mundial carece de acceso regular a medicamentos esenciales.

En África más de 320 millones de personas tienen un acceso menor del 50%.

20% de la población mundial consume el 80% de medicamentos, que representa un gasto per cápita de unos 400\$ para los países desarrollados frente a 4\$ para los PVD (*The World Medicines Situation. OMS 2004*).

Más de 15 millones de personas mueren cada año de enfermedades infecciosas para las que existe tratamiento, pero que no tienen a su alcance.

# Perú : No nos quedamos atrás



Noticias Perú ▶ Sociedad ▶ La mortífera TB-XDR sigue creciendo en Lima

Infos

## La mortífera TB-XDR sigue creciendo en Lima

Lunes, 19 de agosto de 2013 | 8:50 am



El Cerro San Cosme, símbolo de la tuberculosis en Lima. ¿Debería ser erradicado? Las autoridades de Salud de Lima Este opinan que no.

Comentar 21 | Compartir | Twittear 64 | +1 6 | Email | Print | Share

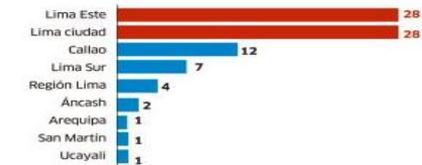
No hay hospitales y albergues especializados para atender a pacientes que siguen contagiando. Solo 17 de los 200 que siguen vivos han sido tratados con las drogas que los curarían pero con terribles secuelas.

19 de Agosto del 2013

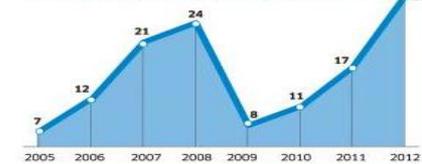
Infografías

Nuevos casos XDR en 2012

### Nuevos casos XDR en 2012



### Incidencia de TB-XDR en Lima Este: nuevos casos por año 2005-2012



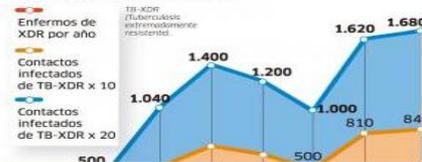
Fuente: MINSU/ TB XDR (Tuberculosis extremadamente resistentes). LA REPUBLICA

19 de Agosto del 2013

Infografías

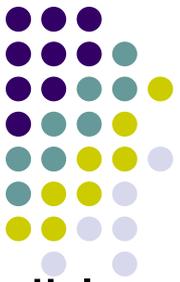
Si cada enfermo XDR contagiara a 10 o 20 personas

### Si cada enfermo XDR contagiara a 10 o a 20 personas



La mitad de los 480 enfermos diagnosticados con TB XDR desde 2001 han muerto. No hay hospitales y albergues especializados para atender a pacientes que siguen contagiando. Solo 17 de los 200 que siguen vivos han sido tratados con las drogas que los curarían pero con terribles secuelas.

# Perú : No nos quedamos atrás



Costos Tratamiento TB: aprox. \$ 40 dólares para TB sensible, \$4,000 dólares para TB MDR y \$ 40 mil dólares para TB XDR por año.

El MINSA tiene disponible 40 tratamientos para TB XDR (DARES, marzo 2012), sin embargo, a Setiembre del 2012, sólo 4 personas accedieron a este tratamiento especial y no se tiene más detalles del proceso de atención para TB XDR. **(MTTB 2012. Declaratoria de emergencia nacional.)**

**Después de Bolivia, Perú es el segundo país con mayor tasa con enfermos de TBC en América Latina. De cada 100 mil personas, 106 padecen la enfermedad. En el continente somos 2º después de Haití.**

# ¿Qué es tener acceso a medicamentos?



«Tener medicamentos para sanar mis males»,

«Tener mis medicinas para no morir»

«Salir de la consulta con una receta»

**¿Estar afiliado al SIS, al Seguro social , FFAA, PNP o algún seguro privado garantiza tener acceso a medicamentos?.**Cuál es la respuesta: .....

Margarita Petretera del CIES indica que, en el 2012, del 100% de personas pobres afiliadas al SIS, sólo el 31% lograba acceder a un establecimiento de salud cuando tenía necesidad de atención. Y que sólo cerca del 16% accedía a medicinas que debieran ser gratuitas. Obviamente, ésta no es la “cobertura” esperada.

# Dimensiones del Acceso según la OMS



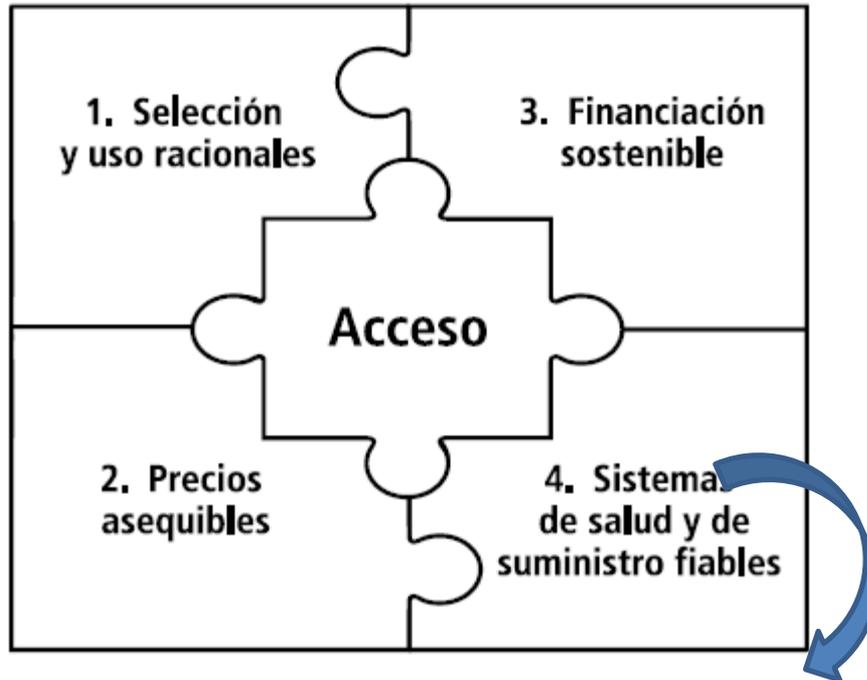
Las 4 dimensiones del acceso (OMS)

1. Disponibilidad física
2. Asequibilidad
3. Accesibilidad geográfica
4. Aceptabilidad

•Fuente: OMS 2000.

**Fortalecimiento de la gestión de  
abastecimientos de los recursos  
estratégicos en salud**

# ACCESO DISPONIBLE



Disponibilidad: Existencia (real) de los medicamentos necesarios, en cantidades adecuadas, y en condiciones de calidad y oportunidad establecidas, en el servicio de salud, de modo que se pueda atender la demanda efectivamente.



### 3. CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN REGIONES PRIORIZADAS PARA ASEGURAMIENTO UNIVERSAL

TIPO DE CONSUMO	VENTAS	SIS	IS	SOAT	OTR_CONV	TOTAL
Apurimac	13.1%	69.8%	16.0%	0.3%	0.8%	100.0%
Ayacucho	20.0%	60.7%	19.0%	0.2%	0.0%	100.0%
Huancaavelica	9.2%	89.0%	1.6%	0.0%	0.2%	100.0%
La Libertad	3.6%	72.1%	23.9%	0.0%	0.4%	100.0%
Lambayeque	26.6%	48.2%	25.2%	0.0%	0.0%	100.0%
Piura	11.9%	40.6%	47.5%	0.0%	0.0%	100.0%
San Martin	12.2%	59.6%	28.2%	0.0%	0.0%	100.0%

Enero 2009

DIGEMID





### 3. DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS EN REGIONES PRIORIZADAS PARA ASEGURAMIENTO UNIVERSAL

DIRESA	Acceptable	No adecuada	Critica
La libertad	27%	60%	14%
Lambayeque	36%	41%	24%
Apurimac i	35%	44%	21%
Chanka-andahuaylas apurimac ii	37%	50%	13%
Huancavelica	41%	42%	17%
Ayacucho	40%	48%	13%
San martin	26%	61%	13%
<b>Promedio</b>	<b>35%</b>	<b>49%</b>	<b>16%</b>

No adecuada > 6 meses de consumo promedio

Critica < 1 mes de consumo promedio

Enero 2009

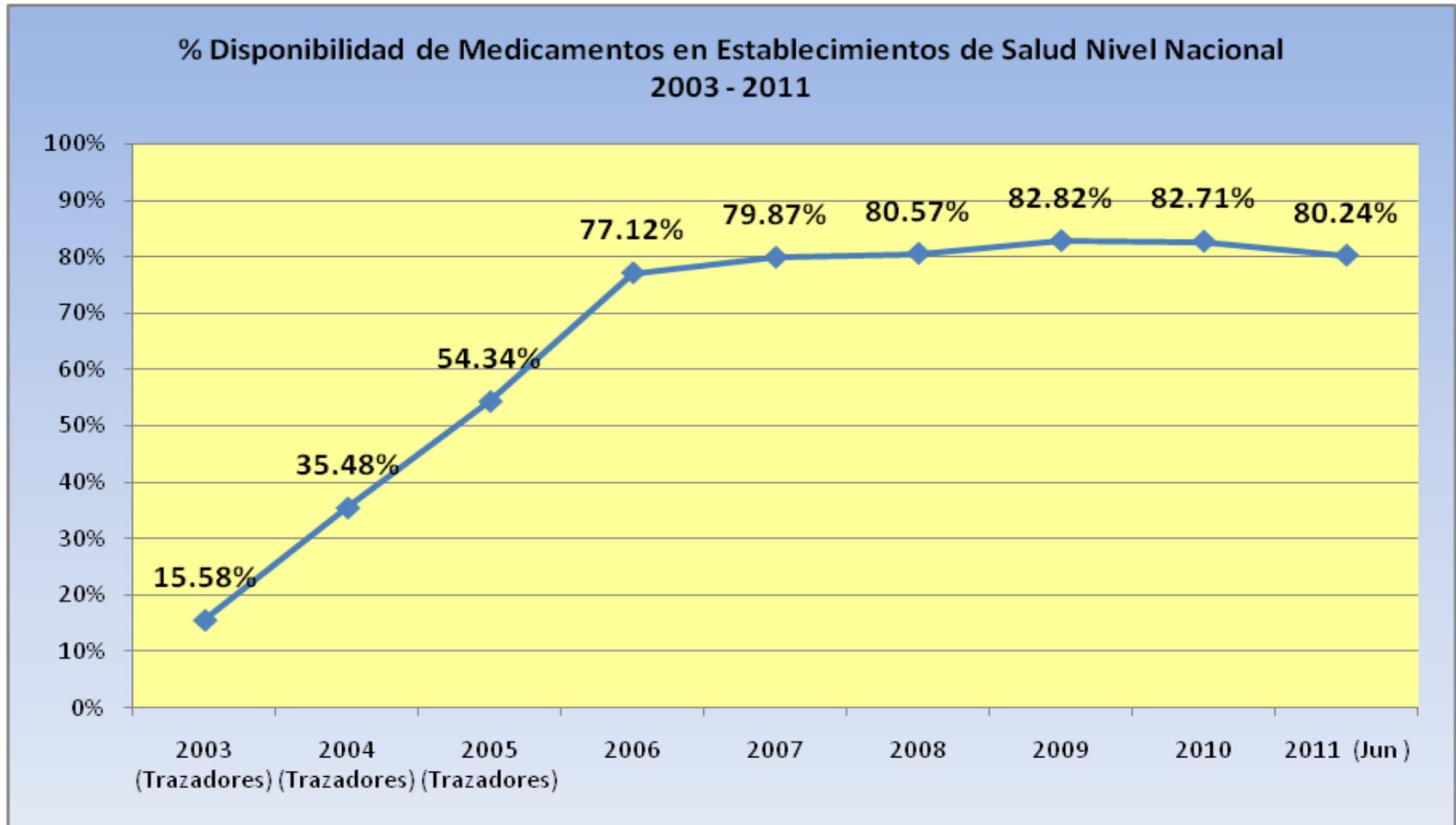
DIGEMID



# Porcentaje de Disponibilidad Total de medicamentos 2012 por DISA/DIRESA/GERESA

DISA_DIRESA_GERESA	% DISPONIBILIDAD 2012											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
TACNA	85.97	87.48	86.92	86.59	85.39	85.37	87.67	88.08	88.55	0.00	82.31	86.20
TUMBES	78.52	84.57	81.97	84.34	83.37	85.12	88.06	91.09	90.77	87.87	89.19	89.79
UCAYALI	82.24	83.97	82.72	85.22	81.73	80.80	81.57	82.02	81.89	80.98	79.46	81.50
Total Nacional	84.22	84.82	84.98	84.83	83.76	83.85	84.55	84.06	85.21	83.39	82.70	84.61

# % Disponibilidad en EESS del MINSA y de las DIRESAS/DISAS



Del año 2003 al 2005, el indicador de Disponibilidad medía la existencia de un grupo de medicamentos en los establecimientos de salud, a partir del año 2006, esta medición se realiza para el 100% de medicamentos cuya existencia sea mayor a 1 mes de su consumo promedio



# DISTRIBUCION

## ¿Qué productos de la ESN de Tuberculosis ha distribuido la DISA Lima Ciudad al C.S. Caquetá durante el año 2013?



Distribución por dependencia de DISA / DIRESA a EE. SS.

Est. San./Int. San. TUBERCULOSIS Nivel de abast. De Almacén ó Sub Almacén a EE.SS. Dependencia DISA LIMA CIUDAD Almacén TODOS EE. SS.

C.S. CAQUETA

Año 2013 Inicio 01/01/2013 Fin 16/08/2013

Consultar Nueva Consulta

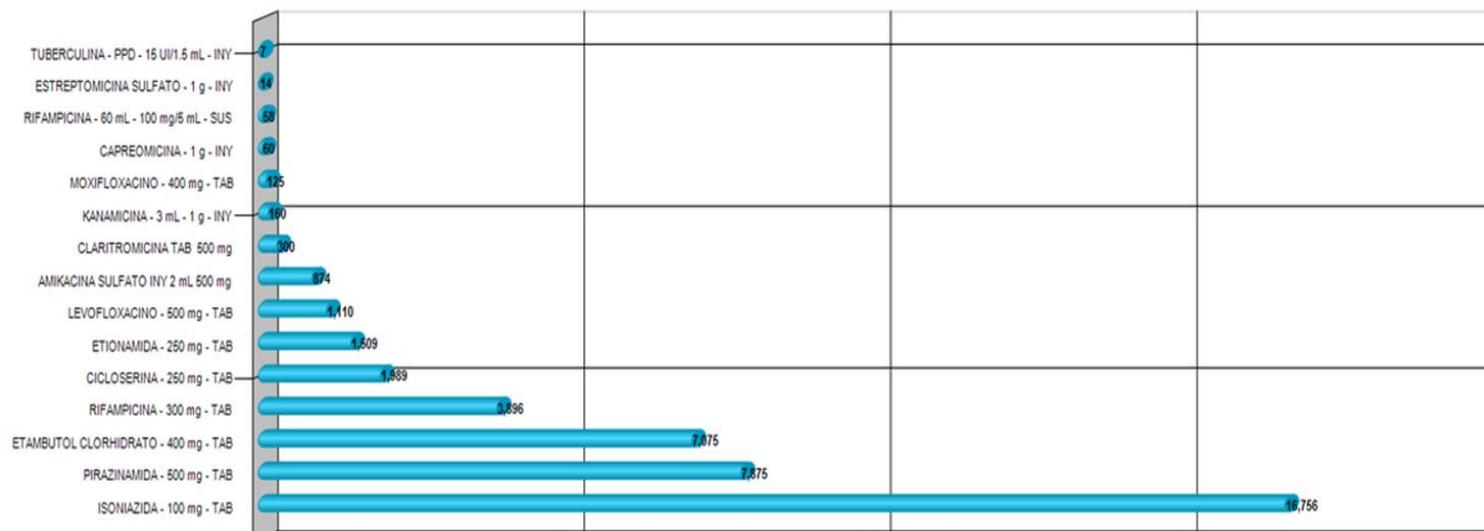
Total productos distribuidos 15

Página: 1 de 2

Producto	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
AMIKACINA SULFATO INY 2 mL 500 mg	120	75	150	200	74	50	75	130	0	0	0	0	874
CAPREOMICINA - 1 g - INY	12	12	12	0	12	0	12	0	0	0	0	0	60
CICLOSERINA - 250 mg - TAB	75	375	375	54	555	0	555	0	0	0	0	0	1,989
CLARITROMICINA TAB 500 mg	0	0	100	0	70	30	100	0	0	0	0	0	300
ESTREPTOMICINA SULFATO - 1 g - INY	0	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	14
ETAMBUTOL CLORHIDRATO - 400 mg - TAB	825	1,015	1,420	225	2,190	300	700	400	0	0	0	0	7,075
ETIONAMIDA - 250 mg - TAB	75	300	250	54	430	0	400	0	0	0	0	0	1,509
ISONIAZIDA - 100 mg - TAB	600	1,200	1,906	1,875	9,300	900	175	800	0	0	0	0	16,756
KANAMICINA - 3 mL - 1 g - INY	0	0	0	25	60	0	75	0	0	0	0	0	160
LEVOFLOXACINO - 500 mg - TAB	80	177	215	38	268	0	332	0	0	0	0	0	1,110

Est. San./Int. San. TUBERCULOSIS

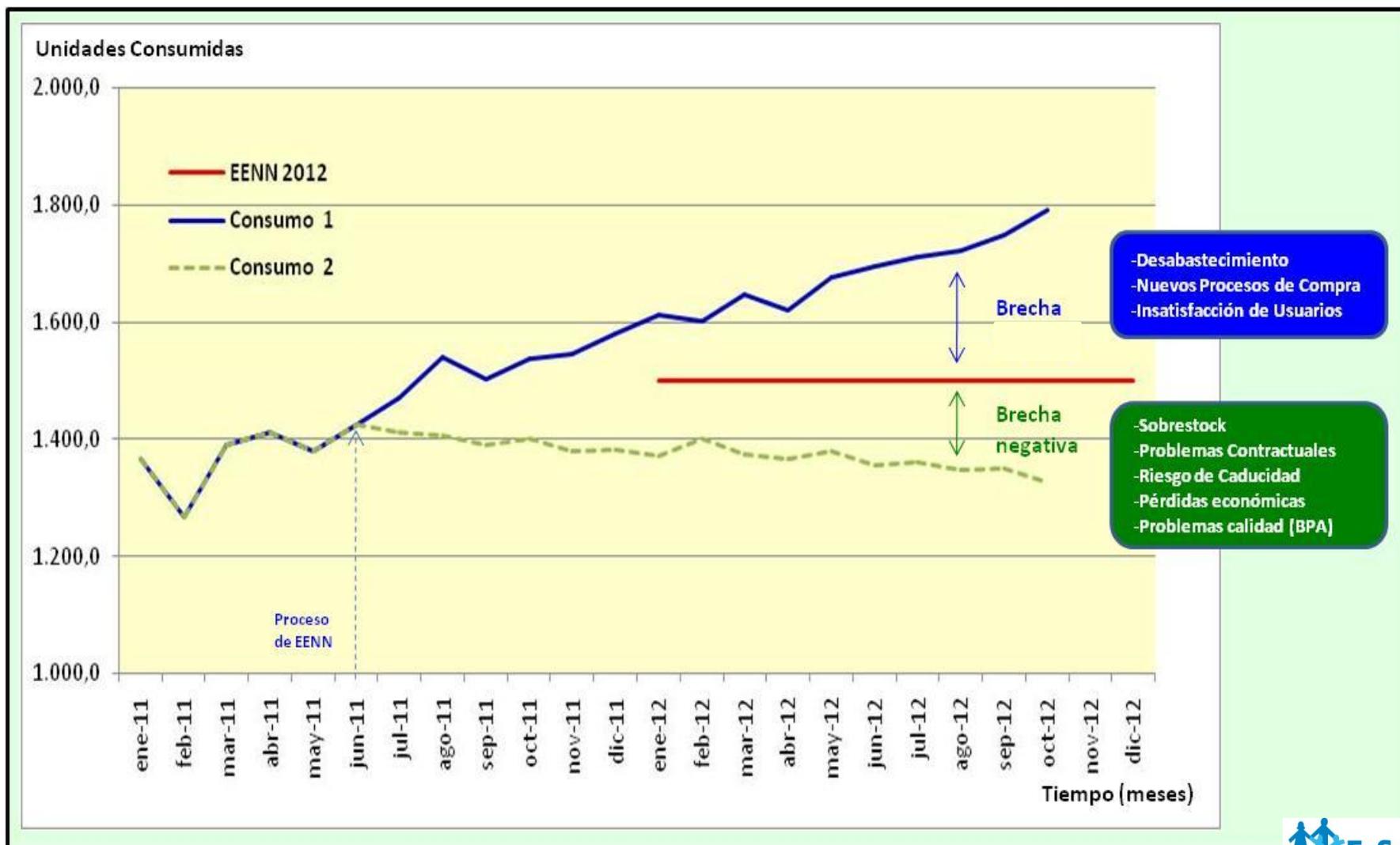
Avance de Distribución de Medicamentos de Estrategia TUBERCULOSIS del 01/01/2013 al 16/08/2013 de la DISA LIMA CIUDAD



Distribución mensual por producto

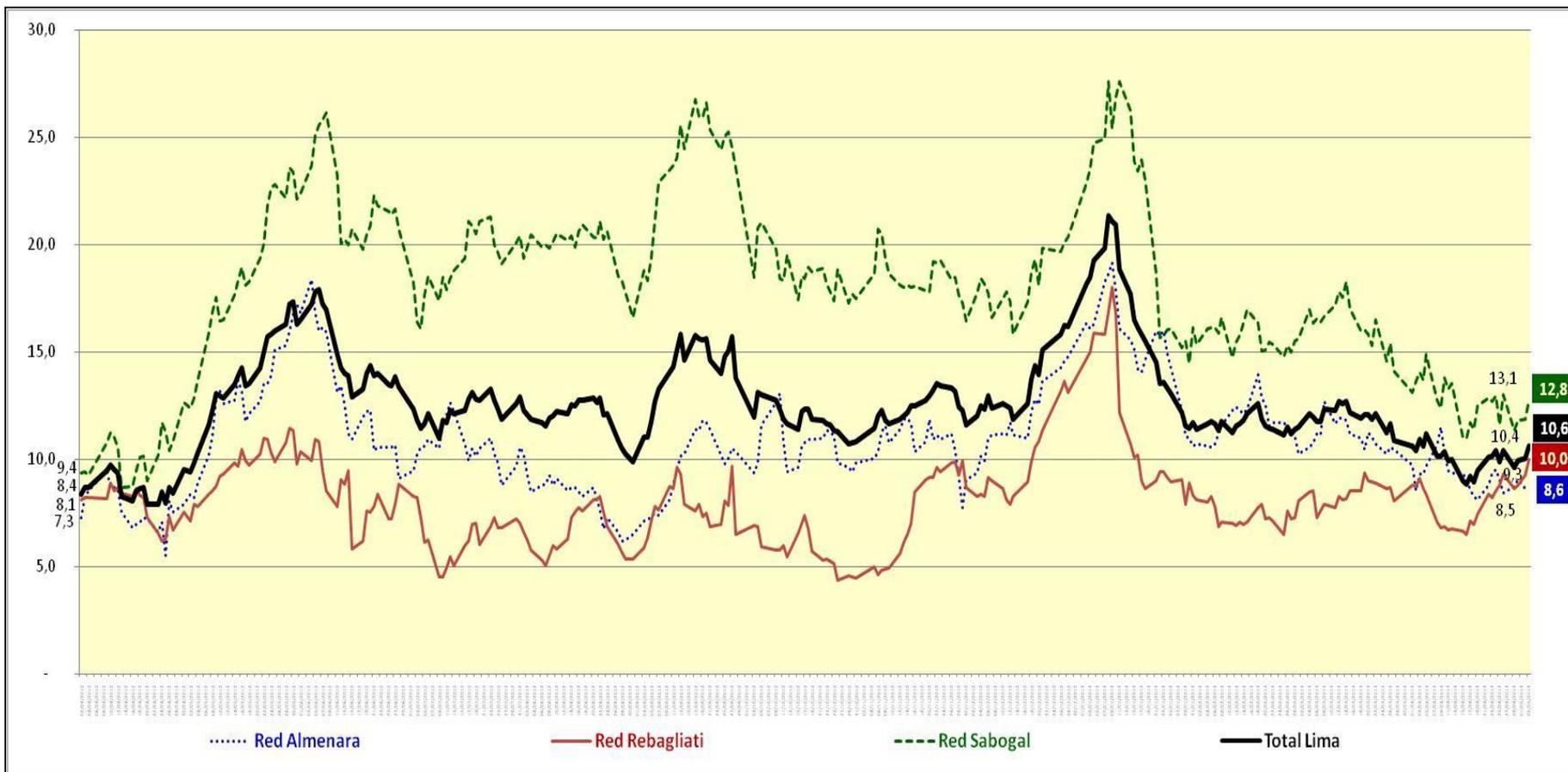
Total distribución por producto

# Análisis del comportamiento del consumo y su efecto en la gestión de suministro



# Reporte de monitoreo del suministro de Medicamentos (Gerencial)

## Promedio de Medicamentos desabastecidos en Centros Asistenciales de Redes de Lima



# Limitaciones para el acceso-OMS

- **Acceso no equitativo** - aproximadamente un 30% de la población mundial carece de acceso.
- **Reformas sanitarias** - en muchos países de ingresos bajos y medianos, las reformas del sector de la salud han producido una financiación pública insuficiente de la sanidad.
- **Financiación de los medicamentos** - Países de ingresos elevados, más del 70% de los productos farmacéuticos tienen financiación pública, mientras que en los de ingresos bajos y medianos el gasto público en medicamentos no cubre las necesidades básicas de medicamentos de la mayoría de la población. En estos países entre un 50% y un 90% de los medicamentos son pagados por los propios pacientes.

# Limitaciones para el acceso-OMS

- **Costos del tratamiento** - los elevados costos de los tratamientos con nuevos medicamentos esenciales para TB, el VIH/SIDA, las infecciones bacterianas y la malaria serán inasequibles para muchos países de ingresos bajos y medianos.
- **Globalización** - los acuerdos comerciales mundiales pueden poner en peligro el acceso a los medicamentos esenciales más recientes en los países de ingresos bajos y medianos.

# Barreras críticas para el acceso a medicamentos-Perú

1. Precios. Elevados precios que no guardan relación con una ganancia ética.
2. Baja disponibilidad de medicamentos en EESS.
3. Influencia de la Industria farmacéutica: A nivel de prescriptores, decisores políticos y población.
4. Proveedores no quieren participar de compras corporativas para obtener mejores condiciones de precios.
5. Sistema de salud fraccionado: Impide una negociación conjunta eficaz.

# Barreras críticas para el acceso a medicamentos-Perú

6. Limitación de Recursos humanos: Rotación de Personal, limitadas competencias.
7. Diversificación de uso de sistemas de información no permite armonizar los petitorios: Soporte logístico informático MINSA-EsSalud, FFAA, etc.
8. Geográficas: Población rural no cuenta oportunamente con SS.
9. Regulación farmacéutica en implementación.

# CONTRATO SOCIAL

¿Cuál es el rol de Estado ante sus ciudadanos?

**PROMOVER LA TRAZABILIDAD DE LOS RECURSOS**

**GERENCIAR RECURSOS POR EL BIEN COMUN**

**MONITORIZAR LA DISPONIBILIDAD (S. PUBLICO)**

**EJERCER CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA (S. PRIVADO)**

# ¿Qué proponemos?

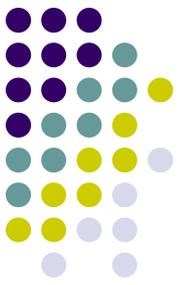
- Impulsar una política de medicamentos genéricos y Producción nacional de medicamentos .
- Diversificar las compras de medicamentos a nivel regional, especialmente de medicamentos estratégicos y medicamentos huérfanos.
- Promover el URM y prescripción racional.
- Regulación del sector farmacéutico: Establecer mecanismos de recaudos ante integración vertical y concertación de precios, entre otros.
- Contar con una gestión integral de abastecimiento, articulado desde el nivel nacional, regional y local.

# ¿Qué proponemos?

- Dar mayor participación de la SC en las negociaciones de acuerdos comerciales.
- Establecer un sistema único de información que permita la integración de los subsistemas de salud, para standarización de data y codificación de medicamentos e insumos.
- Utilización de plataformas virtual (Observatorios) para acceso a información de medicamentos (Pacientes, Proveedores, Entidades públicas y privadas, etc.)

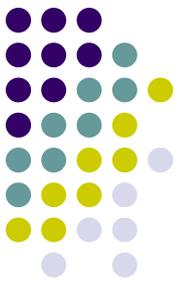
# ¿Qué proponemos?

- Mayor apertura a la transparencia de procesos.
- Monitoreo ciudadano.
- Implementar un sistema de vigilancia ciudadana en medicamentos, para contribuir a la mejora del acceso a medicamentos.



Mecanismo de participación, que permitirá que las personas ejerzan su ciudadanía en forma **individual o colectiva** (RED) a través de los foros regionales, **observando, demandando,** haciendo **seguimiento** y **generando propuestas** para el cumplimiento de compromisos, obligaciones, funciones y competencias del Estado, en torno al acceso a medicamentos.

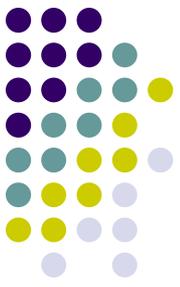
# ¿Qué podemos vigilar?



Componentes esenciales para el cumplimiento del derecho a la salud

- **Disponibilidad** – incluye los "medicamentos esenciales según lo definido por el programa de acción sobre medicamentos esenciales de la OMS"
- **Accesibilidad** – basada en la non-discriminación, acceso físico, y acceso a la información
- **Aceptabilidad** – respetuosa de la ética médica, las características culturales y el respeto a la mujer
- **Calidad** – científica y médica

Convenio internacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales  
**Comentario general No. 14 (mayo de 2000)**



Trabajamos por la dignidad de ciudadanos y ciudadanas a una atención de salud de calidad con rostro humano y con pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades.



Muchas Gracias