

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**ACCESO A MEDICAMENTOS DENTRO DEL PROCESO DE
REFORMA DE SALUD EN ALTA VERAPAZ**

JUANA ROSARIO MEJÍA ROSAL DE RODRÍGUEZ

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON



LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD
DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

La Licenciada **Juana Rosario Mejía Rosal de Rodríguez**.

Carné universitario No: 1007130

Ha presentado, para su EXAMEN PRIVADO DE TESIS, previo a optar al título de Maestría en Salud Pública con Énfasis en Gestión Social de Salud, el trabajo de tesis titulado: "ACCESO A MEDICAMENTOS DENTRO DEL PROCESO DE REFORMA DE SALUD EN ALTA VERAPAZ"

Que fue asesorado por: Dr. Edgar Barillas

Y revisado por: Dr. Alfredo Moreno Quiñónez

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la presente ORDEN DE IMPRESIÓN.

Guatemala, 18 de octubre 2004

Dra. Cízel Zea
Coordinadora de Maestría
en Salud Pública

Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez
Director de Fase IV

Dr. Carlos Alvarado Dumas
Decano
Facultad de Ciencias Médicas

Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas
Director Consultor Col. No. 345

AL SERVICIO DE LA COMUNICACION
DEL IDIOMA CASTELLANO Y
RELACIONES INTERPERSONALES

Teléfono: . 41348

Guatemala, 15 de marzo de 2004.

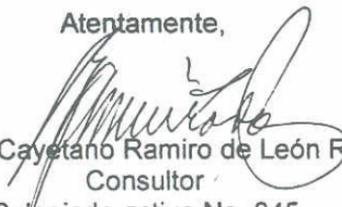
A quien interese.

Tengo el honor de saludarlo y, al mismo tiempo, informarle que en mi calidad de especialista en formalidades lingüísticas, he revisado: sintaxis, morfología, semántica, ortografía, metalingüística y otros aspectos. Respeté las correcciones de los señores asesores, en cuanto a lo técnico de la especialidad, con el fin de asegurar el contexto de la tesis de:

JUANA ROSARIO MEJÍA ROSAL DE RODRÍGUEZ

Recibí el original para supervisar las correcciones realizadas en la copia que, también, debe presentar el profesional en mención.

Atentamente,


Lic. M.A. Cayetano Ramiro de León Rodas
Consultor
Colegiado activo No. 345

Lic. Cayetano Ramiro de León Rodas
COLEGIADO No. 345. LETRAS





Guatemala, 29 de octubre 2003

Doctora
Cizel Zea Iriarte
Coordinadora Maestría en Salud Pública
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Estimada Doctora Zea:

Para su conocimiento y efecto le informo que luego de revisar el informe final de tesis presentado por la estudiante **Juana Rosario Mejia Rosal**, titulado "**ACCESO A MEDICAMENTOS DENTRO DEL PROCESO DE REFORMA DE SALUD EN ALTA VERAPAZ**". El mismo cumple con los requisitos establecidos por la Maestría en Salud Pública.

Agradeciendo la atención a la presente de usted. Atentamente,

Dr. Alfredo Moreno Quiñónez
Coordinador de Investigación
Maestría en Salud Pública

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, FASE IV
PROGRAMA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



DICTAMEN DE REVISOR DE TESIS

SEÑORA COORDINADORA DE MAESTRÍA:

Cumpliendo con la función que se me asigno de revisar el informe final de tesis de la estudiante: **JUANA ROSARIO MEJIA ROSAL**, Con carné universitario No. **1007130**, titulado:

**“ACCESO A MEDICAMENTOS DENTRO DEL PROCESO
DE REFORMA DE SALUD EN ALTA VERAPAZ ”**

Traslado a usted el siguiente dictamen: Actualmente, tanto el desarrollo metodológico del estudio como su contenido, cumplen con los requisitos que un informe final de una investigación científica debe de incluir; por lo tanto cumple con los requisitos del Programa de Maestría en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dr. Alfredo Moreno Quiñónez

Nombre del Revisor

No. de colegiado: 5,304


Firma del Revisor

Guatemala, 29 de octubre 2003

Guatemala, 10 de Junio de 2002

Dr. Mario Salazar
Coordinador Maestría de Salud Pública
Fase IV, Facultad de Ciencias Médicas

Estimado Doctor Salazar,

He revisado el proyecto de Tesis "Acceso a Medicamentos Dentro del Proceso de Reforma de Salud en Alta Verapaz", formulado por la Licenciada Juana Rosario Mejía Rosal de Rodríguez, previo a optar al grado de Maestro en Salud Pública.

Para la elaboración de este estudio se han cumplido los estándares científicos requeridos y el informe final que he revisado cumple con los requisitos necesarios para considerarlo técnicamente sólido y útil para la toma de decisión en el sector salud, por lo que desde mis posición de asesor, lo considero **aprobado**.

Sin otro particular, atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Edgar Barillas", written over a large, stylized circular scribble.

Edgar Barillas, MD, MSc

Revisor de tesis:

MCs Alfredo Moreno Quiñónez

Asesor de tesis:

Dr. Edgar Barillas

Medico y Cirujano

MSC

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Página

RESUMEN	1
I INTRODUCCION	5
II ANTECEDENTES	11
III JUSTIFICACION	29
IV OBJETIVOS	31
V MATERIAL Y METODOS	33
VI RESULTADOS	41
VII DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	61
ANEXOS	63

ÍNDICE DE CUADROS

- | | |
|--------------|--|
| Cuadro No 1 | Consumo de medicamentos en la población encuestada |
| Cuadro No. 2 | Cantidad de establecimientos que despachan
medicamentos en Alta Verapaz |
| Cuadro No. 3 | Tipo de establecimiento al que acude la población
encuestada |
| Cuadro No. 4 | Tiempo para llegar a un establecimiento farmacéutico |

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico No. 1	Forma cómo se llega a los establecimientos para adquirir medicamentos	4
Gráfico No. 2	Disponibilidad de medicamentos trazadores por tipo de establecimiento	4
Gráfico No. 3	Porcentaje de gasto en medicamentos, según ingresos	4

RESUMEN

En Guatemala, el proceso de reforma del sector salud ha desarrollado diversas estrategias para mejorar acceso a los servicios de salud. Esta investigación se centra en el estudio de uno de los insumos que forman parte de la primera intervención para resolver un problema de enfermedad, los medicamentos, para los cuales se han puesto en operación diversas estrategias para favorecer su disponibilidad y accesibilidad. En los últimos años derivado de la reforma del sector salud y del compromiso de los acuerdos de paz de mejorar el acceso de la población a medicamentos esenciales, se inicia una serie de cambios en la adquisición de estos insumos, tendientes a mejorar la existencia de medicamentos de calidad, eficaces y seguros a un costo que el estado o usuario pueda soportar.

Este trabajo se realizó mediante un análisis sobre la accesibilidad de medicamentos en el departamento de Alta Verapaz, donde se viene desarrollando la estrategia de establecimiento de ventas sociales y botiquines rurales del Programa de Accesibilidad de Medicamentos (PROAM) del Ministerio de Salud desde el año de 1998.

En las ventas sociales y botiquines rurales adscritos al PROAM el costo del producto es asumido por el usuario, existiendo factores que influyen en la capacidad de financiamiento individual como lo es el nivel de ingreso de la persona o grupo familiar y la disponibilidad y acceso a este tipo de establecimientos. Se requiere destacar que la población donde se hizo el estudio, presenta características que pueden favorecer o limitar el acceso como lo son: alta ruralidad, dispersión y pobreza lo cual permitió evaluar las variables propuestas: *disponibilidad de ventas sociales o botiquines rurales de medicamentos, disponibilidad de u*

listado de medicamentos trazadores y accesibilidad física a estos establecimientos y acceso o poder de compra.

En Alta Verapaz el 77.8% de personas entrevistadas requirió medicamentos en el lapso de un mes lo cual puede ser un indicador de que el medicamento forma parte de la primera intervención en respuesta a una enfermedad o, bien, que existe una automedicación como hace referencia la ENSMI; lo anterior, aunado al enfoque curativo de atención y a la debilidad en acciones preventivas oportunas y eficaces para evitar el desarrollo de la enfermedad.

La población, en su mayoría, acude a adquirir medicamentos en las farmacias privadas; con la creación del PROAM en 1998 se esperaba que la población postergada tuviera acceso a medicamentos esenciales en ventas sociales o botiquines rurales, sin embargo, en Alta Verapaz solamente en cuatro municipios de los quince existentes, cuentan con estos establecimientos. Esta ausencia de los establecimientos adscritos a PROAM puede deberse a desconocimiento de la existencia del programa, falta de financiamiento para la entrega de fondos semillas, o, de presencia de ONGs o grupos organizados de la comunidad que firmen convenios con el programa.

En cuanto a disponibilidad de medicamentos, se encontró que la farmacia privada es el medio más eficiente para poner a disponibilidad de la población medicamentos esenciales, evidenciando que los esfuerzos gubernamentales por mejorar el acceso no han logrado un

suministro efectivo, lo cual puede estar asociado a una programación de necesidades inadecuada de medicamentos tanto en la Venta Social que incide en la definición de cantidades de medicamentos solicitadas por PROAM a los proveedores.

La investigación reveló que el gasto de bolsillo para la adquisición de medicamentos representó un 13% del ingreso familiar mensual (Q615), lo que es más de lo estimado para el promedio nacional (en Guatemala el gasto mensual en salud es, aproximadamente, el 6% del presupuesto familiar y de éste, el 31.7% se dedica a medicamentos, en los grupos más pobres). Esto puede significar que el gasto en medicamentos está compitiendo con satisfactores esenciales como la alimentación o hay una auto medicación irracional, porque el ingreso familiar no sería suficiente para cubrir, además de los medicamentos, la consulta médica o aun el transporte a instituciones públicas.

Para que el acceso a medicamentos represente un impacto dentro de la reforma del sector salud, que cierre la brecha de inequidad en cuanto a su disponibilidad en las poblaciones más postergadas y que su costo no siga impactando el presupuesto familiar, se requiere: compromiso político en la concreción de la política de accesibilidad a medicamentos; continuar ejecutando acciones tendientes a mejorar la disponibilidad de medicamentos esenciales, eficaces, de calidad y bajo costo en los servicios de salud del Ministerio de Salud; fortalecer al Programa de Accesibilidad de Medicamentos con financiamiento para la entrega de capital semilla que permita extender en poblaciones postergadas Ventas Sociales y Botiquines Rurales para dar cumplimiento al objetivo del PROAM; dar a conocer a ONGs y grupos organizados de la comunidad como interlocutores válidos, para poner a disposición de

las poblaciones, medicamentos a un costo que la población puede pagar y que no siga debilitando la economía familiar.

I. INTRODUCCIÓN

En Guatemala, al igual que en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, se han iniciado procesos de Reforma del sector salud. Las características de éstos han sido diferentes, sin embargo, el común denominador de estas reformas ha sido el tener como objetivo la equidad en el acceso, que requiere la elección de los mecanismos para el financiamiento y la prestación, permitan el acceso a todos los individuos y que haya justicia en la distribución de la salud, lo que requiere dirigir los servicios hacia los más necesitados. (1), (3)

Mediante el proceso de reforma del sector salud, se persigue la prestación eficiente y equitativa de los servicios de salud. Uno de los departamentos seleccionados para el inicio de la reforma del sector salud en 1995 fue el departamento de Alta Verapaz. (2)

Un indicador para medir el alcance de los objetivos de la reforma en los servicios de salud, es el acceso a los medicamentos ya que éstos representan una proporción significativa en los gastos sanitarios generales debido a que con frecuencia forman parte de la primera intervención en respuesta a una enfermedad (3)

En el estudio sobre inversiones en salud se menciona que el gasto de los hogares en atenciones de salud, el de medicamentos ocupa una parte significativa, destinando la población pobre y rural más del 50% de su gasto a la compra de medicamentos. (4)

Según la información recabada en el Departamento de Regulación y Control de Medicamentos y productos afines, en nuestro país existe gran disponibilidad de medicamentos (14,000 diferentes)

los cuales son dispensados en una red de distribución constituida por farmacias y ventas de medicina, ubicadas a nivel nacional (más de 3,000). A pesar de lo anteriormente descrito, el acceso a medicamentos en Guatemala ha sido siempre motivo de preocupación debido a que no se ha tenido el financiamiento necesario para la entrega de los mismos en los servicios públicos de salud por lo que a través del tiempo han existido diferentes iniciativas, en primer lugar, para optimizar los presupuestos del Ministerio de Salud para favorecer la adquisición de éstos, a bajo costo y, en segundo lugar, disminuir el gasto de bolsillo en la compra de medicamentos por parte de la población.

A partir de 1997 se inició un proceso que ha tenido como objetivo mejorar el acceso a medicamentos. Este principió con la normativa y aplicación del sistema de adquisiciones por contrato abierto, herramienta administrativa con la cual se realiza una negociación centralizada de precios de una cantidad definida de medicamentos eficaces, seguros y de calidad, el proceso de adquisición es descentralizado donde cada una de las unidades administrativas y ejecutoras del sector público de salud adquieren los medicamentos y otros insumos, directamente, bajo su responsabilidad conforme a sus necesidades, programación y presupuesto aprobado, sin necesidad de recurrir a otros procedimientos tradicionales como cotización y licitación. (5)

En este proceso participa la red de servicios del Ministerio de Salud, las unidades y clínicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y los hospitales del Ministerio de la Defensa.(5) En las bases técnicas para la adquisición de medicamentos por contrato abierto se centran en la normativa vigente de control de medicamentos y en el establecimiento de un sistema de vigilancia que permite garantizar la eficacia y calidad de los productos comprados.(6)(7)

Por otra parte, el programa de extensión de cobertura del primer nivel de atención del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) dentro del paquete básico del primer nivel de atención tiene contemplado la entrega gratuita de 21 medicamentos para la población priorizada (menores de 5 años, embarazadas y para tratamiento de patologías como malaria, tuberculosis y cólera). Estos medicamentos se encuentran en el botiquín básico ubicado en los centros de convergencia, los cuales son prescritos por el médico ambulatorio y dispensados por los facilitadores comunitarios o comadronas. (8)

Finalmente y, con la contribución de las dos iniciativas anteriores, se creó un programa que, se espera, favorezca a aquellos que no han tenido acceso a medicamentos por causa de su alto costo o a la falta de disponibilidad de servicios. En 1998 se inició el Programa de Accesibilidad de Medicamentos cuyo objetivo fue el aumento de cobertura de medicamentos básicos de calidad a bajo precio. Esto fue posible mediante el fortalecimiento financiero, administrativo, técnico y la provisión de medicamentos a las farmacias estatales, municipales, ventas sociales de medicamentos y botiquines rurales a cargo de comités locales, prestadores de servicios de salud y organismos no gubernamentales que autogestionan dichos establecimientos.(9) En esta tercera alternativa a diferencia de los servicios de salud del sector público el medicamento es comprado por el usuario.

A la fecha se han fortalecido y establecido más de 1800 botiquines básicos, 300 ventas sociales de medicamentos y 500 botiquines rurales en localidades de población postergada de los 22 departamentos del país. La mayoría de estos establecimientos se encuentran ubicados en el departamento de Guatemala. El segundo departamento con mayor número de establecimientos es Alta Verapaz donde se reportan 291 botiquines básicos, 18 ventas sociales y 120 botiquines rurales. (10)

En un estudio que se hiciera sobre el sistema de suministro de medicamentos en Alta Verapaz se menciona que el traslado al usuario de los servicios de salud de las economías que el Ministerio de Salud logra mediante la adquisición por contrato abierto, hace que el gasto en medicamentos compita en menor proporción con otros bienes de consumo diario. De esta forma la iniciativa del Programa de Acceso de los Medicamentos -PROAM- impacta positivamente en la economía doméstica de las familias más postergadas.(11)

El II Informe del Proyecto de Botiquines Rurales de la Fundación Dolores Bedoya de Molina ONG que trabaja en Alta Verapaz y que firmó convenio con este programa, hace referencia que la experiencia "constituye el motivo de aplicar los principios de la organización, la democracia, la búsqueda de la paz, pero, ante todo, demostrar que tienen la capacidad de hacer sostenible el capital semilla y el botiquín como opción para el desarrollo. (12)

Sin embargo, la dualidad entre medicamentos gratuitos en los servicios de salud, centros, puestos de salud y en los botiquines básicos (del programa de extensión de cobertura del SIAS) y los distribuidos en ventas sociales de medicamentos y botiquines rurales ha llevado a cuestionamientos por parte de los usuarios.

Esta investigación tuvo como objetivo el demostrar que la existencia de ventas sociales y botiquines rurales ha mejorado el acceso de medicamentos en Alta Verapaz, para ello se planteó un estudio de tipo observacional descriptivo, en el que participaron los 15 municipios del departamento.

Se hizo una selección aleatoria de centros poblados y se definió un total de 752 entrevistas a jefes o jefas de familia para obtener información de aspectos relacionados con el acceso a medicamentos, sin embargo, solamente se pudieron entrevistar a 730, descartando un 5% de las entrevistas por estar incompletas o con errores de llenado. Se incluyeron indicadores como disponibilidad física de establecimientos y disponibilidad de medicamentos para lo cual se

definió una lista de 16 productos considerados como trazadores por responder a la morbilidad prevalente en el Departamento de Alta Verapaz.

II ANTECEDENTES

El proceso de reforma del sector salud

A fin de atender las demandas de salud, el Ministerio de Salud y la sociedad guatemalteca se han comprometido con un proceso de Reforma del Sector Salud que responde no sólo a factores de orden político ideológico sino, también económico, financiero y epidemiológico. El proceso pretende aprovechar esta confluencia de factores para desarrollar un sistema de prestación más eficiente y equitativo que, a su vez, responda a un contexto de modernización del estado; el reordenamiento económico y su impacto en las políticas de gasto público; en la valoración de lo social; la búsqueda de la eficiencia, la efectividad y la sostenibilidad, así también, la respuesta a los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y culturales por los cuales está atravesando el país. (13)

La Reforma del Sector Salud en Guatemala ha tenido como propósito político, la transformación integral del modelo de producción social de la salud, en donde ha sido necesario mejorar la eficacia y la equidad en la prestación de los servicios de salud, sobre todo, dando énfasis en lograr una respuesta social organizada para las intervenciones sectoriales y de la comunidad que incidan en las causas fundamentales de la enfermedad y no se limiten exclusivamente a la reparación de los daños causados a la salud. (14)

Entre los resultados de la Reforma del Sector Salud en Guatemala para el año 2000 se mencionan:

- el MSPAS cuenta con fortaleza institucional que le permita ejercer, eficientemente, su papel rector de la salud;
- el desarrollo de un nuevo modelo de atención en salud ha permitido cumplir con los principios de accesibilidad, equidad, eficiencia, calidad y sostenibilidad;
- la reorganización administrativa, técnica y financiera del nivel central del Ministerio de Salud en las áreas de salud ha permitido aplicar eficaz y eficientemente el nuevo modelo de atención;
- la coordinación del Ministerio de Salud con otras instituciones del sector ha permitido un aumento de cobertura de los servicios de salud y mejorar la calidad de prestaciones;
- emisión de leyes que han contribuido a implantar la reforma del sector y a mejorar las condiciones de vida de la población de menores recursos;
- el sector público ha orientado los recursos presupuestarios a la población de mayor riesgo, tanto biológico como social y a los servicios de mayor beneficio poblacional. (14)

El compromiso del Gobierno de desarrollar un nuevo modelo de atención en salud que permita cumplir con los principios de accesibilidad, equidad, eficiencia, calidad y sostenibilidad se está llevando a cabo a través del Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS-, y, se ha planteado como un modelo de atención más equitativo, coordinado con la seguridad social y participación pública-privada, orientado a fortalecer la capacidad de planeación, organización y gestión, con plena apertura a la participación y al trabajo conjunto con ONGs y otras instituciones de la sociedad civil, así como al monitoreo y evaluación de los servicios, tanto de las autoridades de salud como de la propia sociedad. (15)

En el Departamento de Alta Verapaz se inició el SIAS del primer nivel de atención en 1997 y se hicieron contratos de prestación de servicios con Prestadoras de Servicios de Salud (PSS) y Administradoras de servicios de Salud (ASS) como, Talita Kumi, Funmayan, Café Sano y con Municipalidades como la de Tucurú. (16)

En los procesos de reforma del Sector Salud, los medicamentos esenciales continúan siendo como desde su aparición (1970) un elemento de equidad, por cuanto su filosofía es la de llegar a toda la población independientemente del sistema de salud en que se desarrollen. Los países han definido canastas básicas o paquetes de salud que incluyen en ellas listados de medicamentos esenciales como parte de estos servicios mínimos. (3)

En el modelo de atención en salud establecido en el proceso de Reforma de Guatemala, se incluye un paquete de medicamentos para atender las prioridades de salud. Los medicamentos son comprados por prestadoras y administradoras con fondos transferidos por el Ministerio de Salud. El grupo materno infantil recibe los medicamentos en forma gratuita durante la consulta médica según las normas de atención. Los suplementos de hierro y ácido fólico son distribuidos por las comadronas tradicionales a las mujeres embarazadas y en lactancia. El vigilante de salud suministra acetaminofén, sales de rehidratación oral y hace seguimiento de los tratamientos prescritos por el médico ambulatorio y el facilitador institucional y comunitario. El facilitador comunitario suministra 22 medicamentos básicos. (15)

Otra estrategia para mejorar el acceso a medicamentos por la población lo constituye el programa de accesibilidad de medicamentos, el cual pretende el mejorar la accesibilidad de medicamentos en poblaciones postergadas mediante el establecimiento de ventas sociales de

medicamentos y botiquines rurales administrados por ONGs o Grupos organizados de la comunidad. (9), (10)

Situación del acceso a medicamentos

A pesar de que en Guatemala existe gran oferta de medicamentos y que cuenta con la mayor cantidad de laboratorios de producción del área centroamericana, el acceso generalizado a medicamentos ha sido siempre precario, por lo que a través del tiempo han existido diferentes iniciativas para favorecer la adquisición de estos a bajo costo.

De acuerdo con datos recientes sobre el estudio de cuentas nacionales de financiamiento y gasto en salud indican que éste representó en 1997 el 3,57% del PIB. Los hogares fueron la fuente más importante de financiamiento de la salud (55%), seguido por el gobierno (24%), empresas (17%) y cooperación externa (5%). (16)

El estudio realizado indica que existe una tendencia moderada al crecimiento de agentes privados o no gubernamentales, en parte, como consecuencia de una mayor participación de ONGs y seguros privados de salud. (16)

El 79% del gasto en medicamentos del país se realiza a través de farmacias privadas como se evidencia en el Cuadro 1. Para 1998 se reporta una red privada de establecimientos farmacéuticos constituida por: 1700 farmacias de primera, 900 de segunda y más de 1000 ventas de medicina. (17)

El gasto en medicamentos para 1998 se encontraba distribuido de la siguiente manera:
gastos en medicamentos del Sector salud guatemalteco, 1998

Sector estatal	Q 332,479,205
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Q 116,000,000
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	Q 216,479,205
Sector privado	Q 900,000,000

Fuente: Informe Reunión Interna de Proyectos de Medicamentos Esenciales 1999

Los grupos terapéuticos de mayor venta en el sector privado fueron los antiinflamatorios, vitaminas, analgésicos y antibióticos. (17)

Para el año de 1995 el mercado farmacéutico fue de US\$241 millones (US\$138 mercado privado, US\$18 Ministerio de Salud y US\$33 IGSS). Si este monto se distribuyera de acuerdo con la población estimada para ese año (10 millones de habitantes), el gasto per cápita sería de US\$24.1 Esta situación, sin embargo, no es acorde a la realidad ya que, por una parte, hay un porcentaje pequeño de la población que parece ser un gran consumidor mientras que una gran porción de la población, aproximadamente, un 50% no tiene acceso ni a los medicamentos más esenciales.

La concentración del gasto en medicamentos en grupos reducidos de la población no implica que el gasto de los pobres sea despreciable. De hecho, el gasto de los pobres en medicamentos es

mayor, en proporción a su ingreso que el de los grupos más favorecidos como lo demuestra el estudio de gastos en salud. (17)

Un informe reciente sobre inversiones en salud refiere que en 1998, en Guatemala el 55% del gasto en salud fue cubierto por los hogares, seguido por el gobierno (24%), empresas (17%) y cooperación externa (5%). (4)

Intervenciones para mejorar el acceso

Iniciativas nacionales

El acceso a medicamentos ha sido una preocupación en las políticas gubernamentales desde hace varios años. En la década de los 70 se abordó mediante el establecimiento de un sistema de control de precios, conduciendo a la especulación por parte de los productores y distribuidores de medicamentos.

En 1972 se emitió la Ley para proveer de medicamentos baratos a la población, estableciéndose la creación de la Droguería Nacional la cual por medio de una red de Farmacias Estatales pretendía poner a disposición medicamentos baratos. En dicha ley también se establecía la posibilidad de compra a la Droguería Nacional por parte de las farmacias privadas. Debido a deficiencias administrativas, dicho proyecto no pudo desarrollarse. (18)

Por otra parte, el sector público de salud no lograba optimizar el presupuesto a pesar de tener implementado un sistema de contrato abierto donde cada una de las unidades hacía la adquisición independiente de medicamentos. Esto ha motivado una queja permanente de desabastecimiento, inexistencia de medicamentos y medicamentos que no respondían a las necesidades de salud.

Además de las iniciativas gubernamentales ante la falta de medicamentos, desde los años 60 se buscaron otras formas de hacer llegar medicamentos a la población. Es así como se iniciaron ventas de medicamentos en clínicas parroquiales y ONGs, dándose inicio a las farmacias comunitarias a cargo de grupos organizados. (19)

En una reunión de ONGs con proyectos de farmacias comunitarias se señaló lo siguiente:

- a) en la mayoría de proyectos, la farmacia comunitaria fue solicitada por las propias comunidades pero los mismos fueron concebidos y diseñados por instituciones cooperantes;
- b) en la mayoría de experiencias, la ubicación de las farmacias comunitarias las decidió la propia comunidad. En la mitad de los casos no se hizo ningún tipo de estudio de factibilidad y de la otra mitad que sí se hizo sólo en 2 experiencias fue con participación de la comunidad;
- c) la mayoría de las farmacias comunitarias se crearon con el único objetivo de facilitar el acceso de la población a los medicamentos. En 5 casos se buscaba el apoyo económico del agente de salud local y en sólo 3 casos el fortalecimiento de la organización comunal;
- d) entre los principales elementos y factores de fracaso se identificaron financiamientos iniciales pequeños de rápida ejecución o muy condicionados; no prever y mantener mecanismos confiables estables y eficientes de abastecimiento; poca o mala asesoría administrativa y financiera contable. (20)

En el documento "La Farmacia comunitaria, una experiencia autogestionaria en áreas precarias" se menciona que "*el programa es una iniciativa que siguiendo la lógica de autogestión popular, ha permitido a sectores poblacionales situados en la franja de la pobreza y pobreza*

extrema, contar con una alternativa par ir resolviendo uno de los factores que inciden notablemente en los problemas de salud a los que se ven expuestos en sus condiciones socioeconómicas y de habitabilidad como lo es el acceso de los medicamentos". (19)

En la actualidad se están desarrollando procesos que tienen como visión el acceso a estos insumos por parte de los servicios de salud prestados por el Estado, tal es el caso del sistema de adquisiciones por contrato abierto. En este se realiza una negociación global y centralizada de precios de las necesidades de la red de servicios del Ministerio de Salud, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Ministerio de la Defensa para, posteriormente, efectuar compras descentralizadas en cada uno de los servicios. Este sistema ha establecido una normativa técnica para la provisión de medicamentos lo que permite contar con productos de calidad, bajo costo y en forma oportuna. (5),(9),(10)

En el primer año de aplicación (1997) de este sistema el Ministerio de Salud alcanzó un ahorro de Q60 millones y el IGSS de Q22 millones. Las ventajas obtenidas mediante este nuevo sistema condujeron al planteamiento de elaborar un programa que favoreciera a aquellos que no han tenido acceso a medicamentos, por causa de su alto costo o a la falta de disponibilidad de servicios, iniciándose el Programa de Accesibilidad de Medicamentos. El objetivo de este programa es el aumento de cobertura de medicamentos básicos de calidad y a bajo precio a la población, mediante el fortalecimiento financiero administrativo, técnico y la provisión de medicamentos a las farmacias estatales, municipales y ventas sociales de medicamentos a cargo de comités locales, prestadoras de servicios de salud y organismos no gubernamentales que autogestionen dichos establecimientos. (10)

Se ha emitido un reglamento de ventas sociales y botiquines rurales y se ha establecido una normativa tanto para la suscripción de este programa como para el establecimiento y funcionamiento de las ventas sociales de medicamentos con el fin de alcanzar su permanencia en el tiempo y ser una respuesta a la población para el acceso a estos productos.

Iniciativas centroamericanas (su influencia en Guatemala)

En la década de los 80, con la iniciativa de "Salud un Puente para la Paz, en Centroamérica" se orientaron acciones en componentes como selección, fortalecimiento a los programas de control de calidad, suministros y producción.

En esos años los Ministerios de Salud de los países centroamericanos encaraban el problema de aumentar la disponibilidad de medicamentos esenciales de calidad a precios accesibles para lograr la atención a la salud a todos los sectores de la población. (21)

Se manifestó la necesidad de establecer un Fondo rotatorio para compras conjuntas el cual estuvo sustentado en un estudio realizado por OPS/BCIE que demostró que de un total de compra estimada en US\$ 250 millones para medicamentos que efectuaron los países de Centro América y Panamá, 100 millones de dólares pertenecían al Sector Público y US\$12 millones eran destinados a las compras de medicamentos considerados prioritarios (destinados a combatir las mayores causas de morbi-mortalidad de la subregión). (22)

Igualmente, se demostró que los precios pagados por las entidades oficiales no sólo fluctuaban de un país a otro sino que, además, eran bastante elevados comparados con los precios de adquisición a través de agencias de cooperación como OPS o UNICEF. Estudios realizados demostraron que esta variación estaba determinada por:

- a) factores socioeconómicos, técnicos y administrativos en cada país y a nivel de la subregión como un todo;
- b) la estructura de la industria y del mercado farmacéutico;
- c) el proceso gubernamental de compras;
- d) la reducción del poder de compra de los Ministerios de Salud e Instituciones de la Seguridad Social. (22)

En 1986 se estableció un fondo rotatorio para la compra de medicamentos (FORMED) con aporte inicial del Gobierno de Holanda de US\$ 4 millones como capital semilla. Cada país podía participar con la compra de uno o más productos incluidos en una lista y por un monto no superior al crédito asignado (US\$650 mil). Se esperaba que por medio del fondo se lograría, entre otros:

- a) abaratar los costos de los medicamentos,
- b) promover a nivel de la subregión acciones conjuntas como respuesta a problemas comunes,
- c) estimular la coordinación intersectorial a nivel subregional y de cada país,
- d) mejorar la administración del proceso de compra con énfasis en la previsión financiera y cambiaria.

Este fondo no prosperó debido a legislaciones establecidas y falta de voluntad política en propiciar cambios. (22)

En 1994, De Jocheere K, en su estudio sobre "Puede Centroamérica pagar sus medicamentos" concluyó que lo puede hacer si logra asignar los recursos en el área farmacéutica en forma más eficiente y eficaz y si logra maximizar su capacidad de negociación y compra conjunta de medicamentos para obtener precios favorables, esta conclusión en el ámbito nacional pudo evidenciarse con el establecimiento de la adquisición de medicamentos por las tres instituciones

públicas de salud (Ministerio de Salud, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Sanidad Militar) (23)

En la década de los 90 el presidente Figueres de Costa Rica planteó en las cumbres presidenciales, adoptar nuevamente un fondo rotatorio de medicamentos que permitiera a los centroamericanos contar con medicamentos a un costo que pudieran acceder. (22)

La equidad como condicionante del acceso

En el año 93, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo en un mensaje del director, abordaba el tema de la búsqueda de la equidad no sólo "porque es deseable en el contexto ético y humano y posible desde el punto de vista político - económico, sino porque más que deseable y posible, la equidad es necesario(24)".

En este mensaje hizo el análisis sobre la existencia de la equidad, lo que requiere crear las condiciones para que cada persona, independientemente de su situación social y creencias personales, tenga *acceso a los bienes y servicios que le permitan mantenerse sana, realizar sus aspiraciones y lograr un bienestar compatible con el desarrollo de la sociedad en que vive.*

Considerando que como seres humanos existen diferencias naturales que se reflejan en desigualdades sociales, haciendo ver que la equidad es una expresión concreta del derecho irrenunciable a la protección de la vida y, por consiguiente, a la salud para todos. La equidad también guarda una estrecha relación con las metas de producción económica, estabilidad social y participación democrática, necesarias para el desarrollo. Menciona que sin equidad no puede asegurarse la firmeza de ningún sistema económico. (24)

Así mismo, señala que la primera y principal estrategia para buscar la equidad requiere alterar el propio modelo y proceso de desarrollo orientándolo más a la satisfacción de las necesidades

humanas, entre ellas, las de salud. La integración adecuada del quehacer de la salud en el desarrollo y la aportación del sector de la salud, a ese proceso constituyen *condicio sine qua non* para la creación de condiciones que permitan la reducción de las inequidades y el aumento de la eficacia sectorial y que, a la vez, contribuyan a la definición y sustentabilidad del desarrollo que se necesita. (24)

En el 94 vuelve a abordar el tema de equidad dentro de la reforma sectorial donde recomendaba que era necesario generar las circunstancias que *aseguren la universalidad de acceso a los servicios de salud, la eficacia social de la atención y la eficiencia en el uso de recursos*. Para ello se requería revisar y modificar los modelos de atención para lograr un mejor equilibrio entre las funciones de prevenir las enfermedades y promover la salud, por un lado y las de curar y rehabilitar, por otro. En cuanto a los esquemas de financiamiento, estos hacían ver que deben responder al principio de solidaridad social y proveer de recursos adicionales para cubrir las necesidades y carencias más ingentes. Recomendando en mantener el carácter pluralista de los sistemas de salud, mediante el equilibrio adecuado y complementario de las funciones públicas y privadas.

El Dr. George Alleyne consideraba tres posibles interpretaciones de lo que entraña la equidad en manifestaciones de igualdad de acceso, igualdad de utilización o igualdad de resultados.

“La igualdad de acceso implica que cualquier persona que necesite un servicio dado puede recibirlo sin que tenga que pagar más que otra. La igualdad de utilización garantizaría que todos los clientes que tengan necesidades idénticas puedan usar los servicios en la misma medida. Por último, la igualdad de resultados significa que cualquier servicio prestado tendrá el mismo efecto o consecuencia para la salud.”

Otro abordaje de equidad hace distinción entre la equidad horizontal y la equidad vertical. Considerándose la equidad horizontal en dar el mismo tratamiento a necesidades iguales, mientras que la equidad vertical daría tratamiento desigual a quienes son desiguales.

Otro concepto divide la equidad en dos dimensiones: equidad financiera que se refiere a la financiación del sector de acuerdo con la capacidad de pago de la población y la equidad distributiva que está relacionada con la accesibilidad, cobertura y calidad. Ésta se refiere a la adaptación de las estructuras y procesos a las necesidades de la población y se mide en función de la distribución y utilización de recursos de salud en relación a esas necesidades.

En el proceso de Reforma del Sector Salud, en Guatemala se planteó desarrollar un sistema de prestación más eficiente y equitativo que, a su vez, responda a un contexto de modernización del Estado; el reordenamiento económico y su impacto en las políticas de gasto público; en la valoración de lo social; la búsqueda de la eficiencia, la efectividad y la sostenibilidad y la respuesta a los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y culturales por los cuales está atravesando el país. (13)

El objetivo central que se planteó para el proceso de reforma es mejorar la salud de la población a través del diseño y ejecución de las transformaciones de carácter político, institucional, técnico y de manejo financiero, que permitieran:

- extender la cobertura de los servicios básicos de salud, focalizándolos en los grupos más pobres;
- aumentar el nivel de gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento del sector, asegurando su sustentabilidad;
- reorientar la asignación de recursos para atender las necesidades de salud de la población;
- aumentar la eficiencia del sector público de salud en el desempeño de sus funciones; y,

- generar una respuesta social organizada para la movilización de recursos con base en una amplia participación social y comunitaria que represente a los diferentes grupos sociales de la población. (2)

Sobre la primera y última de las acciones mencionadas está planteado el programa de accesibilidad de medicamentos, el cual pretende el mejorar la accesibilidad de medicamentos en poblaciones postergadas mediante el establecimiento de ventas sociales de medicamentos y botiquines rurales administrados por ONGs o Grupos organizados de la comunidad. (9)

La accesibilidad como un indicador de equidad

Según el Diccionario de la Lengua española, por accesibilidad se entiende a la "posibilidad de llegar a un sitio o entrar en él".

En la reunión de Alma Ata en 1978, se considera a la accesibilidad como el suministro continuo y organizado de asistencia para toda la comunidad, en condiciones favorables desde el punto de vista geográfico, financiero, cultural y funcional.

Por accesibilidad geográfica, se entiende la distancia, el tiempo necesario para recorrerla y los medios de transporte sean aceptables para la población. Accesibilidad financiera significa que cualquiera sean las formas de pago que se utilicen, los servicios estén dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país.

Por accesibilidad cultural, se entiende que los métodos técnicos y administrativos utilizados estén en consonancia con las pautas culturales de la comunidad. Por accesibilidad funcional se entiende la prestación permanente de asistencia adecuada a quienes la necesiten y en cualquier momento que la necesiten, por conducto del grupo sanitario para este fin.

El Dr. Julio Frenk en su artículo Medición de la accesibilidad, indica que el término accesibilidad se puede abordar desde dos aspectos: *Accesibilidad financiera* definida como la capacidad individual para costear el medicamento y *Accesibilidad física* como los costos de transporte, tiempo y búsqueda que supone el proceso de procurarse un medicamento. (25)

La *accesibilidad financiera* se refiere a una característica del paciente y no del recurso de salud, para este caso, aunque el medicamento fuera muy barato, una persona podría no ser capaz de costearlo por tener otras necesidades que compiten en cuanto al gasto de su dinero. (25)

Decir que algo es accesible vale tanto como decir que está fuera del individuo, el cual tiene que desearlo, buscarlo y, finalmente, alcanzarlo.

Tanto la accesibilidad financiera como la física no se presentan en forma pura sino como una mezcla de ambas. La distinción es conceptualmente útil para indicar la connotación externa asociada con la palabra accesibilidad. (25)

Dentro de los factores que intervienen en la accesibilidad están presentes elementos como la disponibilidad de recursos. La disponibilidad no implica utilización.

Entre los obstáculos o factores disuasivos para el acceso se encuentran el costo de los medicamentos, la ubicación de los establecimientos y la forma de la entrega de éstos, tales como demoras para recibir atención. (25)

Otro de los términos utilizados es acceso, el cual puede entenderse como la capacidad de una persona o grupo de personas para buscar y obtener atención. Acceso también se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales, a las ventas sociales de medicamentos. Un término alternativo es el poder de compra que se usa para designar la capacidad de una persona o grupo de personas para adquirir un medicamento. (25)

De la misma forma como el precio del servicio constituye un obstáculo para el usuario, los ingresos de la persona representan un poder específico para superar dicho obstáculo. El mismo

tipo de complementariedad existe entre el obstáculo que representa el tiempo que toma llegar hasta la fuente de servicios por un lado y los recursos de transporte de la población por el otro.

(25)

Con base en lo anterior puede inferirse que el concepto de accesibilidad refleja la complementariedad de la ecuación población-recursos. Partiendo de ello se entenderá por *Accesibilidad* al grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población en la búsqueda y obtención de ésta. Puede verse la accesibilidad como la relación funcional entre el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención y las capacidades correspondientes de la población para superar tales obstáculos (poder de compra).

(25)

Si esto se observara en gráficas, se ha documentado que cuando aumenta un obstáculo, entonces, debe también aumentar el poder correspondiente para que se mantenga un nivel constante de accesibilidad, por el contrario, si descendiera un poder específico de la población, por ejemplo ingreso, sólo se lograría un nivel constante de accesibilidad reduciendo el obstáculo correspondiente (en este caso, precio). Por ejemplo, si tuviéramos que mantener constante la accesibilidad, un aumento en el precio requeriría de un aumento mayor en el ingreso cuando el precio y el ingreso fueran relativamente bajo. (25)

Ahora bien, al hacer estas aseveraciones hay que considerar que el medicamento a diferencia de otros bienes no se rige por la ley de la oferta y la demanda haciendo que éste sea un bien inelástico que depende de diversos factores, uno de ellos es que la decisión de su uso no es directa del usuario, dependiendo de quién lo prescribe; el tipo de medicamentos que existan en el mercado, una política expresa de intercambiabilidad, la información que se dé al paciente sobre el uso de medicamentos, etc.

Solamente los obstáculos originados en los recursos son variables a corto plazo, mientras que las características de la población permanecen relativamente fijas. En general, los obstáculos tales como el precio de los servicios, el tiempo de desplazamiento y el de espera se prestan más a las políticas específicas de salud que las características sociales y económicas más amplias de la población, tales como el ingreso, los recursos de transporte o el tiempo libre.

Una reducción de los precios de los medicamentos aumentará indirectamente el ingreso disponible permitiendo que el dinero previamente invertido en la compra pueda destinarse a otros usos. Esta distinción implica que el análisis de la accesibilidad se centra en las características de los recursos en la medida que éstas se adaptan a las características de la población.

III JUSTIFICACIÓN

El acceso a medicamentos para la población guatemalteca es un problema que se ha intentado resolver a través de diferentes estrategias, desde sistemas de control de precios, emisión de normativas para compras conjuntas nacionales o regionales que favorezca economías de escala (22) y, últimamente, dentro del proceso de reforma del Sector Salud, el establecimiento del Programa de Accesibilidad de Medicamentos cuyo objetivo es que la población guatemalteca pueda obtener medicamentos de calidad a bajo costo (9).

A la fecha, esta estrategia no ha sido evaluada, considerándose este estudio de gran importancia ya que podría aportar información para reorientar las acciones públicas tendientes a un acceso equitativo a medicamentos. Por otra parte, se está utilizando una metodología de investigación que puede ser utilizada en otros departamentos de la República.

Los resultados se entregarán al Ministerio de Salud Pública y al Programa de Accesibilidad de Medicamentos para que se mejore la disponibilidad de medicamentos esenciales en los servicios públicos de salud y para que se extienda la cobertura de Ventas Sociales y Botiquines Rurales a otros municipios del Departamento de Alta Verapaz que a la fecha no cuentan con la alternativa de adquirir medicamentos de más bajo costo y disminuir la brecha de equidad en el acceso de estos insumos necesarios para el restablecimiento y recuperación de la salud.

IV OBJETIVOS

- 4.1 **General:** describir la situación del acceso a medicamentos en los municipios del Departamento de Alta Verapaz.
- 4.2 **Específicos:**
 - 4.2.1 identificar la accesibilidad geográfica del usuario a establecimientos de obtención de medicamentos;
 - 4.2.2 identificar la disponibilidad de medicamentos trazadores en los establecimientos farmacéuticos a los que acude la población de estudio;
 - 4.2.3 identificar el poder de compra de las personas que acuden a las Ventas sociales de medicamentos o botiquines rurales para obtener medicamentos.

V MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio observacional descriptivo

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Centros poblados del departamento de Alta Verapaz.

SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para la selección de la muestra del estudio, se siguió el procedimiento que se detalla:

Supuestos:

- a) el programa de Accesibilidad de Medicamentos tiene como fin extender la cobertura de medicamentos a personas postergadas;
- b) Se eligió como criterio de postergación el acceso a servicios de agua potable, establecido oficialmente por el Instituto Nacional de Estadística, INE.

Procedimiento: considerando los supuestos y basado en los datos del Censo de población 1994 del INE para Alta Verapaz, se identificaron los centros poblados postergados dando un total de 973.

De este total, 48 centros poblados con un número de hogares de 9839 se encontraban en municipios con ventas sociales y botiquines rurales y sin presencia a estos establecimientos, 925 centros poblados con 54,823 hogares.

La muestra se obtuvo utilizando la fórmula siguiente, para poblaciones con acceso a medicamentos:

n= tamaño de muestra:

N= población: 9839

Z= nivel de confianza: 95%

d= margen de error: 0.05%

p= proporción de individuos con acceso a ventas sociales de medicamentos o botiquines rurales:0.5

1-p=q debido a que no existe información previa de estudios con relación a los valores de p y q se tomarán los valores de 0.5.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N-1)+z^2pq}$$

$$d^2(N-1)+z^2pq$$

$$n = \frac{(9839)(0.95)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(9839-1)+(0.95)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{9353.20}{24.595+0.4875}$$

$$n = \frac{9353.20}{25.08}$$

$$n = 373$$

Para poblaciones sin acceso a medicamentos

n= tamaño de muestra:

N= población: 54,823

Z= Nivel de confianza: 95%

d= margen de error: 0.05%

p= proporción de individuos con acceso a ventas sociales de medicamentos o botiquines rurales:0.5

1-p=q debido a que no existe información previa de estudios con relación a los valores de p y q se tomaran los valores de 0.5.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N-1)+z^2pq}$$

$$d^2(N-1)+z^2pq$$

$$n = \frac{(54823)(1.95)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(54823-1)+(1.95)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{52116.11}{137.05+0.4875}$$

$$n = \frac{52116.11}{137.53}$$

$$n = 379$$

La selección de jefes de familia por centro poblado se hizo, aleatoriamente, seleccionándose en las poblaciones con acceso, cada 27, hasta completar las 373 y en poblaciones sin acceso, cada 143, hasta completar las 379 .

UNIDAD DE ANÁLISIS

Para este estudio, la unidad de análisis fue el jefe o jefa de familia, priorizando la madre y en caso de no encontrarse, el padre de familia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Familias con o sin acceso a ventas sociales o botiquines rurales

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todas aquellas familias que al momento de la entrevista no se encontraron en la vivienda.

VARIABLES ESTUDIADAS

- Accesibilidad geográfica
- Disponibilidad de medicamentos trazadores
- Poder de compra

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Accesibilidad geográfica	Tiempo que se requiere para llegar desde donde reside hasta donde se encuentra el servicio	Menos de 1 hora De 2 a 4 horas Mayor de 5 horas	Cuantitativa	Ordinal
Disponibilidad de medicamentos trazadores.	La presencia física de medicamentos que puede adquirir la población tomando en cuenta la morbilidad prevalente	Existencia de medicamentos de acuerdo con el listado de medicamentos trazadores No existencia de medicamentos de acuerdo con el listado de medicamentos trazadores	Cualitativa	Nominal
Poder de compra	Gasto en medicamentos con relación al ingreso familiar	Menos del 5% Más de 5%	Cuantitativa	Razón

Instrumentos

Se diseñaron dos tipos de instrumentos:

- a) instrumento de recolección de datos No.1: es un cuestionario con dos secciones, la primera sobre datos generales del centro poblado (lugares con más de dos mil habitantes) donde se recolecta la información y, la segunda, corresponde a la información proporcionada por el encuestado. Este instrumento permitió recolectar información sobre accesibilidad geográfica del usuario a los establecimientos de obtención de

medicamentos y sobre el poder de compra de las personas que acuden a las ventas sociales de medicamentos o botiquines rurales. (anexo 3)

Este instrumento presenta preguntas cerradas y abiertas y fue aplicado por un encuestador;

- b) instrumento de recolección de datos No.2 : es una lista de cotejo que se elaboró para determinar la existencia de medicamentos trazadores en los establecimientos de salud, fue aplicado por un encuestador (anexo 2)

Procedimientos para la recolección de información

- a) Se solicitó autorización de la Jefatura de Área de Salud de Alta Verapaz para la realización de la investigación y se informó sobre las personas que estarían recolectando la información. El área elaboró una carta de presentación de cada uno de los encuestadores para que fuera presentada a los entrevistados al momento de aplicar los instrumentos de investigación.
- b) El periodo de recolección de la información fue de tres meses, la tabulación y análisis de la información requirió dos meses.
- c) Por ser un departamento donde la población, en su mayoría y específicamente las mujeres, hablan kekchi o pocomchi, se requirió la contratación de una ONG local (Funmayan) quien dió el servicio de encuestadores con experiencia en estudios de campo, con conocimientos en salud y que hablaban los idiomas anteriormente mencionados.
- d) Los instrumentos fueron validados por los encuestadores y requirieron, para el primero, 10 minutos y, para el segundo, media hora. Primero fue aplicado el instrumento dirigido a las jefas o jefes de familia, Instrumento 2 *Encuesta de Accesibilidad de Medicamentos*. Para seleccionar las jefas o jefes de familia el encuestador se debía parar en el centro de la población, elegía la primera casa a entrevistar al azar y, posteriormente, en círculo

como van las manecillas del reloj, hasta completar el número de jefe o jefa de familia a entrevistar en ese poblado. Si se rehusaba alguno a participar se seleccionaba otro informante hasta completar el número requerido.

Con la información recabada sobre lugares donde los entrevistados, obtienen su medicamento; el establecimiento mencionado en la entrevista era visitado para aplicar el instrumento No. 1 para determinar la existencia de medicamentos trazadores, en estos establecimientos se procedió a entrevistar al dependiente y se hacía verificación visual de lo respondido.

En la primera semana del trabajo de campo se llevó a cabo una reunión con el grupo de encuestadores para aclarar dudas y compartir hallazgos.

e) Se capacitó a un total de 5 encuestadores, 4 para centros poblados que hablan kekchí y 1 para los centros poblados pocomchi y 1 supervisor de la investigación. Durante la capacitación se les dio a conocer los objetivos de la investigación, las variables que se iban a estar utilizando, conceptos como accesibilidad geográfica, lista básica de medicamentos, ventas sociales y botiquines rurales. Posteriormente, se les dio a conocer los instrumentos a utilizar y la forma de recabar la información. Se efectuó una práctica de campo en la cabecera municipal de Cobán.

f) La organización del trabajo de campo se realizó de la siguiente manera: el trabajo de campo se inició asignando por sorteo los centros poblados a cada investigador, se tuvo una reunión con el grupo de encuestadores en la primera semana y el supervisor asignado a la investigación por Funmayan acompañó durante las siguientes semanas de los tres meses que duró la investigación, a los diferentes encuestadores. El

supervisor mantuvo contacto personal cada dos semanas con la investigadora, evaluando y discutiendo la calidad del proceso de recolección de datos así como los problemas encontrados.

Análisis de datos

1. Posterior a la recolección de datos se procedió a:

- 1.1. revisar las dos encuestas realizadas en cada uno de los centros poblados de Alta Verapaz que fueron seleccionados en el estudio obteniendo 730, indicando los encuestadores, dificultades en algunos centros poblados de personas que no quisieron responder, por lo que no se llegó a la muestra de 752. Durante esta revisión fueron descartadas el 5% de las encuestas en cada uno de los grupos de población con acceso y sin acceso a medicamentos por no estar completas, llegándose a un total de 688 encuestas;
- 1.2. con la finalidad de procesar la información recolectada en cada uno de los instrumentos *Encuesta de Accesibilidad a Medicamentos y Existencia de una Lista de Medicamentos Trazadores*, como primer paso, se realizaron dos programas en el paquete EpiInfo 2000;
- 1.3. en el programa de la primera encuesta se definieron cuatro variables numéricas y diez variables de texto. En el segundo programa se definió una variable numérica, una de fecha, cuatro de texto y una de texto por cada uno de los medicamentos trazadores;
- 1.4. se ingresaron 688 encuestas, 370 correspondientes a poblaciones con acceso a ventas sociales y botiquines rurales de medicamentos y 318 de poblaciones sin acceso a estos establecimientos;
- 1.5. se realizó verificación de los datos ingresados con base en cada uno de los instrumentos;

- 1.6. al terminar el ingreso, se procedió a determinar la distribución de frecuencias;
- 1.7. se realizó un análisis descriptivo de los datos, calculando frecuencias y media para cada una de las variables estudiadas;
- 1.8. se organizó la información para la presentación de cuadros.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos del estudio

En el presente estudio se realizaron procedimientos para garantizar los aspectos éticos:

- 1) se solicitó consentimiento verbal en kek chí o pocomchí, según fuera el caso, para la participación de los seleccionadas en el estudio;
- 2) se explicó a los participantes en el estudio, la naturaleza del mismo y sus objetivos.

VI RESULTADOS

La presentación de resultados del estudio se ha organizado de la siguiente manera:

- inicialmente, se expone información que sirve de marco general sobre el consumo de medicamentos de la población estudiada y la disponibilidad y tipo de establecimientos farmacéuticos en Alta Verapaz, a los que acudió la población para adquirir sus medicamentos, posteriormente, se encuentran los resultados de las variables estudiadas.

Cuadro No. 1

Consumo de medicamentos en población encuestada
Alta Verapaz, Guatemala 2000

Consumo de Medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
No	153	22.2%
Si	535	77.8%
Total	688	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 2

Los datos revelan que en la población encuestada, el mayor porcentaje había consumido medicamentos en el último mes, por lo que fue la población tomada en cuenta para dar respuesta a las preguntas siguientes del Instrumento No. 2 *Encuesta de accesibilidad a medicamentos*. Se consideró que después de un mes, es difícil recordar información sobre el lugar de compra, tiempo de traslado y monto de gasto.

Cuadro No. 2

Cantidad de establecimientos que venden medicamentos en Alta Verapaz, Guatemala 2000

ESTABLECIMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Farmacias privadas	97	39.9
Ventas de medicina privadas	11	4.5
Ventas sociales de medicamentos	16	6.6
Botiquines rurales	119	49
TOTAL	243	100

Fuente: Base de datos del Departamento de Regulación y Control de Medicamentos y Productos Afines y del Programa de Accesibilidad de Medicamentos.

El cuadro revela que el mayor porcentaje lo ocupan los Botiquines rurales, sin embargo, éstos se encuentran únicamente en 5 municipios de Alta Verapaz. Con relación a las Farmacias privadas en el segundo porcentaje más alto se encuentran distribuidas en todos los municipios del Departamento.

Cuadro No. 3

Tipo de establecimiento al que acude población encuestada para obtener medicamentos Alta Verapaz, Guatemala 2,000

ESTABLECIMIENTO	FRECUENCIA	%
Botiquín rural	31	5.8%
Centro de convergencia	53	9.9%
Centro de salud	52	9.7%
Farmacia privada	155	29.0%
Otro	96	17.9%
Promotor de salud rural	56	10.5%
Puesto de salud	42	7.9%
Tienda	6	1.1%
Venta de medicina privada	10	1.9%
Venta social de medicamentos	34	6.4%
TOTAL	535	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 2

Las farmacias privadas son las que refieren un mayor porcentaje, lo cual es debido a que se encuentran distribuidas en todos los municipios del departamento. El siguiente porcentaje lo ocupa Otro, al revisar la información, esta información estaba referida a Farmacias de la Comunidad que, a pesar del nombre, representa una red de farmacias privadas donde se obtienen

medicamentos genéricos de menor costo a los medicamentos de marca que se comercializan en las farmacias y ventas privadas de medicina.

Variable accesibilidad geográfica:

Cuadro No. 4

Tiempo para llegar a un establecimiento farmacéutico en Alta Verapaz, Guatemala 2000

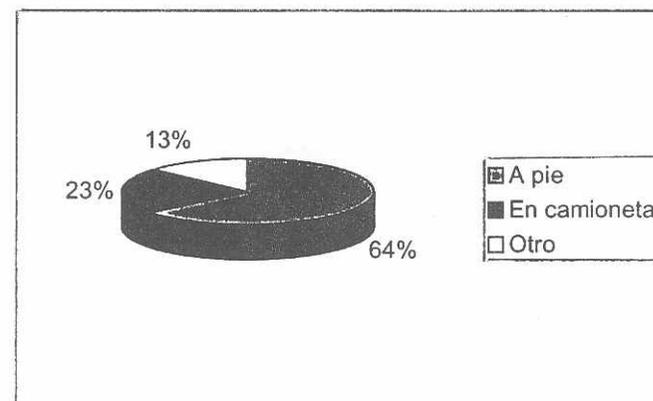
TIEMPO EN LLEGAR MINUTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 a 29	301	56.27%
30 a 59	99	18.50%
60 a 89	39	7.30%
90 a 119	10	1.90%
120 a 149	29	5.40%
150 a 179	3	0.56%
180 a 209	24	4.48%
210 a 239	7	1.30%
240 a 269	19	3.55%
270 a 299	0	0.00%
300 a 329	1	0.18%
330 a 359	3	0.56%
TOTAL	535	100.00%

Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

El cuadro muestra intervalos de tiempo de 30 minutos, los tiempos reportados varían de 0 minutos a 359 minutos (aproximadamente, 6 horas). Como puede observarse, el 56 % de la población de la muestra, invirtió entre 0 a 30 minutos para llegar al establecimiento de suministro de medicamentos. El segundo porcentaje invierte más de media hora. Si sumamos los dos porcentajes anteriores, tres cuartas partes de la población encuestada invierte, como máximo, una hora en obtener sus medicamentos.

Grafico No. 1

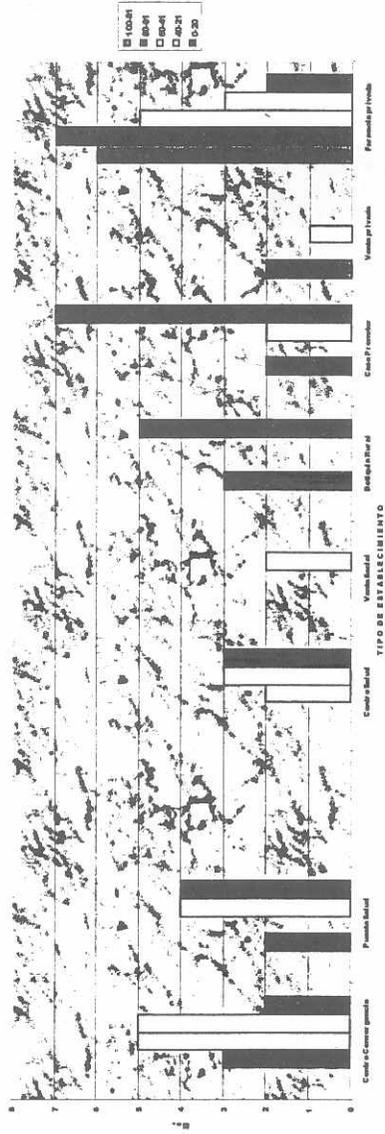
Manera cómo se llega a los establecimientos para adquirir medicamentos en Alta Verapaz, Guatemala 2000



Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

En la forma de llegar a los establecimientos farmacéuticos, el mayor porcentaje lo hace a pie y el menor en vehículo, bicicleta o lancha en aquellas poblaciones que deben cruzar accidentes fluviales, para llegar al lugar donde obtienen sus medicamentos.

Gráfico No. 2
Disponibilidad de medicamentos trazadores por tipo de establecimiento
Alta Verapaz, Guatemala 2000



Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 1

La grafica demuestra que la población para obtener medicamentos en forma gratuita, acudió a centros de convergencia donde la existencia de trazadores fue: en tres de ellos se encontraba en un rango de 80-61%, en cinco entre 60-41%, en otros cinco en 40-21% y en 2 del 0 al 20%. Cuando acudieron a puestos de salud en dos de ellos de 80- 61%, cuatro en 40-21% y cuatro en 0-20%. En los centros de salud la disponibilidad fue en 2 de 60-41%, en tres de 40-21% y en tres de 0-21%. Cuando pago por la obtención de medicamentos los encuestadores refirieron únicamente dos ventas sociales en las cuales la existencia de trazadores se encontraba en un rango de 40-21% , los botiquines rurales mostraron rangos mas elevados en 3 de ellos con una existencia de trazadores entre 80-61% y en 5 de ellos de 0-20%. Otro establecimiento visitado fue la casa del promotor, es de hacer notar que en los servicios de salud ni en la clasificación de establecimientos farmacéuticos no se tienen identificada esta alternativa, sin embargo la población acude para adquirir medicamentos, para este caso en dos casas la existencia se encontraba en un rango de 80-61%, en dos de 40-21% y en siete de 0-20%. Las ventas de medicina privadas mostraron que en dos de ellas la existencia de trazadores se encontraba en un rango de 100-81%, y en una entre 60-41%. La mayor parte de informantes refirió que adquiriría medicamentos en la farmacia privada, habiéndose investigado la existencia de medicamentos trazadores en 23 de estas en 6 la existencia fue de 100-81%, en siete de 80-61% en cinco de 60-41%, en tres de 40-21% y en dos de 0-20%. La norma establecida por el Ministerio de Salud con relación al porcentaje de medicamentos trazadores que deben haber en existencia en los servicios de salud y en los establecimientos farmacéuticos es del 70%.

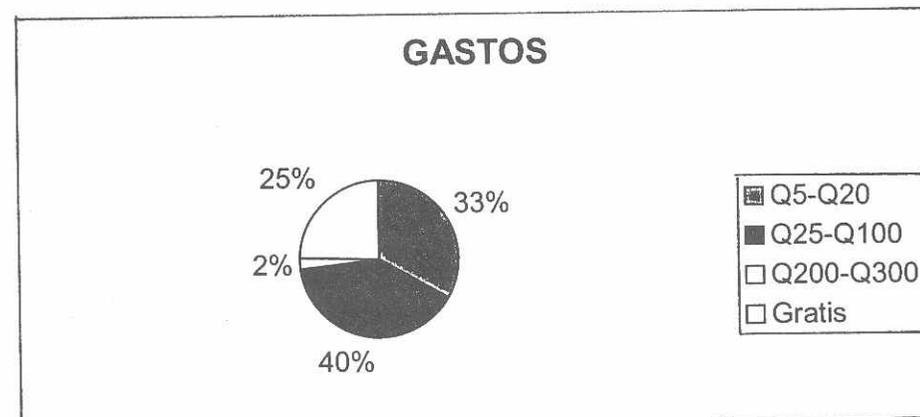
En cuanto a servicios de salud al parecer en algunos centros de convergencia y puestos de salud se encuentran dentro de lo establecido. Para el caso de establecimientos farmacéuticos los únicos fuera de norma es la Venta Social de Medicamentos, de los botiquines rurales solamente en tres de 5 cumplen con la norma y en el caso de la farmacia privada mas de la mitad tienen se encuentran dentro de lo establecido para existencia de medicamentos trazadores.

Variable No. 3 Poder de compra de medicamentos en la población estudiada

Grafica No. 3

Porcentaje de gasto en medicamentos según ingresos

Alta Verapaz, Guatemala 2000



Fuente: Instrumento de recolección de datos No. 2

Conforme a los datos de la investigación, la media del ingreso familiar mensual en Alta Verapaz es de Q615 y la media del gasto en medicamentos se encuentra en Q 80, que representa un 13.3% del ingreso, dicho gasto rebasa el reportado en otras investigaciones donde el gasto de bolsillo en salud (atención médica, medicamentos y otros insumos) constituye un 6.4% .

VII DISCUSIÓN

En la reforma del sector salud el acceso a medicamentos puede ser un indicador para medir los objetivos de equidad en el acceso a los servicios. (3) Entre los resultados de esta investigación puede observarse que los medicamentos son un insumo que demanda la población para resolver sus problemas de salud. Lo que se evidencia en el alto porcentaje de personas (77.8%) que requirieron medicamentos en el lapso de un mes. Esto probablemente es debido a que la automedicación es la primera intervención en respuesta a una enfermedad, tal y como lo consignan estudios de demanda de servicios y gastos en salud (ENGAS, 1997) o bien a que existe una medicalización en la población.

Si nos referimos al primer aspecto, cabe recordar que el perfil epidemiológico del departamento de Alta Verapaz esta constituido básicamente por enfermedades infecciosas en las cuales a pesar que se han desarrollado acciones preventivos, también se requiere de acciones curativas, donde el medicamento es una intervención de primera línea. En el caso de la medicalización, ésta podría atribuirse a la influencia en los medios de comunicación que incentivan el uso de medicamentos o bien a recomendaciones de familiares o amigos quienes consideran que están ayudando en la resolución de un problema de salud. Es de hacer notar que en nuestro país a pesar de estar normado en el código de salud y en el reglamento de medicamentos, no se han desarrollado en forma sistemática acciones tendientes a un uso racional de medicamentos, entre las que se encuentra, información por los medios masivos de comunicación, información y educación que los trabajadores de salud debieran dar a los usuarios de los servicios de salud.

El objetivo central que planteó el proceso de reforma fue mejorar la salud de la población a través del diseño y ejecución de las transformaciones de carácter político, institucional, técnico y de manejo financiero que permitieran entre otras, extender la cobertura de los servicios básicos de salud, focalizándolos en los grupos más pobres y generar una respuesta social organizada para la movilización de recursos con base en una amplia participación social y comunitaria que represente a los diferentes grupos sociales de la población.

Con la creación del Programa de Accesibilidad de Medicamentos en 1998, se esperaba aumentar la cobertura de medicamentos básicos de calidad y bajo costo a la población mediante, el fortalecimiento financiero, administrativo, técnico y la provisión de medicamentos a las farmacias estatales, municipales, ventas sociales de medicamentos y botiquines rurales a cargo de comités locales, prestadoras de servicios de salud y organismos no gubernamentales que autogestionaran dichos establecimientos.

Dentro de la normativa para este fortalecimiento se establece que las ventas sociales darán servicio a poblaciones de 10,000 habitantes y los botiquines rurales, los cuales dependen de una venta social, a poblaciones de 2,000 habitantes. A pesar de que el departamento de Alta Verapaz fue considerado como prioritario para iniciar el proceso de reforma sectorial, la investigación mostró que solamente en cuatro municipios de los quince, existen farmacias estatales, ventas sociales o botiquines rurales, lo que pudiera ser indicativo de que aún falta tiempo para poder cumplir con el objetivo planteado por el programa y que no se está cumpliendo con uno de los valores de la reforma como lo es la equidad en lo que respecta a sus dos dimensiones: financiera, en la que se espera el financiamiento del sector salud de acuerdo a la capacidad de pago de la población y, equidad distributiva, que está relacionada con la accesibilidad, cobertura y calidad. Por otra parte la responsabilidad en la prestación de servicios

de salud y extensión de cobertura de un paquete de servicio, esta investigación demuestra que la disponibilidad de medicamentos para la población es deficiente, la mayoría de los establecimientos a los que acudió la población no tenían existencia de medicamentos trazadores, forzando a los usuarios a erogar de su bolsillo para obtener sus medicamentos. En síntesis, el estudio demuestra que el acceso a medicamentos aún sigue siendo un problema para la población de este departamento.

En la reunión de Alma Ata en 1978 se consideró a la accesibilidad como el suministro continuo y organizado de asistencia para toda la comunidad, en condiciones favorables desde el punto de vista geográfico, financiero, cultural y funcional. Es por ello que uno de los objetivos de la investigación era establecer el acceso geográfico del usuario a establecimientos de obtención de medicamentos, la investigación demostró que indistintamente van a un servicio de salud o a un establecimiento farmacéutico sin embargo estos son los que más fueron seleccionados. En el departamento existen farmacias de la red privada y establecimientos adscritos al Programa de Accesibilidad de Medicamentos en proporción de 7 a 0.5 de los primeros con los segundos, lo cual explica el mayor porcentaje de personas que acuden a la farmacia privada a obtener sus medicamentos como se observa en el cuadro No.3

El primer objetivo específico de la investigación hace referencia a la accesibilidad geográfica pudo observarse (ver grafica 1) que un alto porcentaje de la población acude a los establecimientos a pie y que el tiempo invertido en este proceso presenta una mediana de 20 minutos, y más de un 50% invierte aproximadamente 30 minutos en trasladarse al establecimiento más cercano donde adquirirá sus medicamentos, por lo que la accesibilidad física representa un obstáculo para la mitad de la población estudiada.

El segundo objetivo se refiere a la disponibilidad de medicamentos para responder a la morbilidad prevalente en los establecimientos de obtención o compra de medicamentos. En el gráfico No. 2 se ilustra cómo la disponibilidad se ve afectada por el tipo de establecimiento demostrando, que donde hay más probabilidades de encontrar los medicamentos trazadores que se seleccionaron en la investigación es, en los establecimientos donde el usuario debe pagar a precios del mercado privado. Parece ser que la farmacia privada es el medio más eficiente para poner a disposición de la población medicamentos esenciales.

En el caso de las Ventas Sociales y Botiquines Rurales parece que hay una mejor disponibilidad de medicamentos en los Botiquines Rurales que en las Ventas Sociales. La razón de esta diferencia va ligada a la administración eficiente del fondo semilla, otorgado para su financiamiento y a la dinámica de la ONG que los apoyó en su creación y que asumió el compromiso de velar por su abastecimiento permanente.

Por otra parte, un porcentaje similar de personas, a los que acceden a farmacias privadas, acuden a la red de servicios del Ministerio de Salud para obtener sus medicamentos sin ningún costo, sin embargo la existencia de medicamentos trazadores en estos servicios se encuentra por debajo de la norma de 70% establecida., situación que, necesariamente, afecta el ingreso per cápita anual de Q615, el cual no llega a lo establecido como salario mínimo para trabajadores del campo (Q835). Lo anterior lleva a la consideración que el modelo y el proceso de reforma que se ha venido desarrollando no se ha orientado a la satisfacción de las necesidades en salud y, específicamente en este caso, para tener acceso a medicamentos.

El último objetivo midió el poder de compra de las personas para obtener tratamientos parciales o completos de medicamentos, lo cual fue analizado mediante el impacto en el gasto familiar. El estudio evidencia que, en promedio, se invierte un 13% del presupuesto familiar mensual en

medicamentos. Esto es bastante más que lo estimado para el promedio nacional reportado por la ENIGFAM 1998-1999: en Guatemala el gasto mensual en salud fue estimado en el 6.4% del presupuesto familiar y de éste, el 31.7% se dedica a la compra de medicamentos, en los grupos más pobres. Si las familias realmente gastan el 13% de su ingreso mensual en medicamentos, esto puede significar que: se esté utilizando la automedicación, porque el ingreso familiar no sería suficiente para cubrir, además de los medicamentos, la consulta médica o aun el transporte a instituciones públicas o bien, que el gasto en medicamentos necesariamente está compitiendo con satisfactores esenciales como la alimentación.

Se evidencia que en Alta Verapaz, los esfuerzos gubernamentales por mejorar el acceso no han logrado un suministro efectivo. Si este resultado lo enfocamos en el logro de la equidad, desde el punto de vista de igualdad de acceso, en el que cualquier persona que necesite un servicio dado puede recibirlo sin que tenga que pagar más que otra, es evidente que no se está cumpliendo con este valor de la reforma.

Si partimos de que un principio fundamental de la Reforma del Sector Salud es el acceso a servicios de salud como un derecho de todos los habitantes y una prestación eficiente y equitativa de servicios, con los hallazgos de la presente investigación ha demostrado que la presencia de ventas sociales de medicamentos o botiquines rurales no ha dotado de medicamentos esenciales a los grupos más necesitados representados por la población estudiada.

CONCLUSIONES

1. La accesibilidad geográfica a establecimientos de obtención de medicamentos representó un obstáculo para la mitad de la población estudiada.
2. Existe un desarrollo limitado del PROAM en el departamento de Alta Verapaz de acuerdo con el bajo número de ventas sociales y botiquines rurales, por lo tanto, no se ha mejorado el acceso a medicamentos en el departamento de Alta Verapaz.
3. Un 25% de la población objeto del estudio que requirió medicamentos, los obtuvo en forma gratuita en la red de servicios de salud, prevaleciendo entre éstos, los Centros de Convergencia.
4. La falta de disponibilidad de medicamentos en la red de servicios de salud del departamento y, en las ventas sociales y botiquines rurales, puede ser una razón para la menor elección de estos establecimientos, en contraposición con la mayor elección de farmacias privadas que venden a mayor costo, pero tienen una mejor disponibilidad de medicamentos trazadores.
5. La alta proporción del gasto de bolsillo en medicamentos, 13% del ingreso familiar mensual (Q615), puede estar impactando negativamente en los perfiles de consumo de las familias más necesitadas, al sacrificar la compra de otras necesidades, inclusive alimentos.

RECOMENDACIONES

1. Se debe mejorar la disponibilidad de medicamentos esenciales en los servicios de salud a fin de que la población pueda obtenerlos en forma gratuita o, bien, en las ventas sociales o botiquines rurales donde pueda adquirirlos a un menor costo que no incida en su economía familiar.
2. Para que el PROAM pueda cumplir su objetivo y representar un impacto dentro de la reforma del sector salud, se requiere financiamiento para la extensión de ventas sociales y botiquines rurales en poblaciones postergadas, las cuales cumplan con la normativa establecida en lo referente a población por venta social y botiquín rural.
3. La presente investigación no contempló mediciones de calidad de atención, las cuales podrían dar información sobre el uso racional de medicamentos y de las preferencias del usuario al elegir los establecimientos para obtención de los medicamentos.
4. Efectuar estudios similares en otros departamentos donde se cuenta con ventas sociales y botiquines rurales que permitan acumular otras experiencias.

BIBLIOGRAFIA

1. Bermúdez Jorge, Alcantara José, **Medicamentos e a reforma do sector saude**, Escola Nacional de Saúde Pública, Ministerio, Editora Hucitec, Sociedade Brasileira de Vigilancia de Medicamentos, Sao Paulo, 1999, pags. 57-78.
2. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, **Lineamientos Políticos, Estratégicos y Programáticos para la Reforma del Sector Salud de Guatemala**, junio de 1997.
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, **Reforma del Sector Farmacéutico y del Sector Salud en las Américas: una perspectiva económica**, Enero 1998, pags. 27-47
4. Organización Panamericana de la Salud, **Inversiones en salud, Equidad y Pobreza, Guatemala, Informe Final**, octubre 1998.
5. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala, **Memoria de la Transformación del Proceso de Atención, Disponibilidad y Acceso a Medicamentos y Otros Insumos**, Guatemala mayo de 1999
6. Congreso de la República de Guatemala, **Decreto 57-92 Ley de Compras y Contrataciones del Estado y su Reglamento**.
7. Ministerio de Finanzas Públicas, Dirección de Adquisiciones, **Concurso de Oferta de Precios. Contrato Abierto para el suministro de productos medico farmacéuticos, incluidos en el Paquete No. 2 que incluye los fármacos de los siguientes grupos: Antibióticos Bacterianos, Antibióticos Virales, Anticolinérgicos, requeridos hasta el 31 de enero de 2000, por las diversas áreas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, El Programa de Accesibilidad de Medicamentos y el Ministerio de la Defensa Nacional**, Guatemala 1998.
8. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, **Normas del SIAS**, Guatemala 1998.
9. Congreso de la República de Guatemala, **Decreto Legislativo 69-98 Ley del Programa de Accesibilidad de Medicamentos**.
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Programa de Accesibilidad de Medicamentos, Reporte de Ventas Sociales y Botiquines Rurales por Departamento**, Guatemala 2000.
11. APRESAL, Unión Europea, GSD consultores, **Análisis del Sistema de Suministro de Medicamentos en Alta Verapaz**, Guatemala, 1998.
12. II Informe del Proyecto de Botiquines Rurales de la Fundación Dolores Bedoya de Molina.
13. Finkelman, J., Barillas, E., y colaboradores, **El Proceso de Transformación de la Salud en Guatemala**, Enero 1996, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Representación Guatemala, pags. 55-76

14. Angel, Luis O., Privado A. **El Proceso de Reforma en Guatemala**, Foro Internacional La Reforma del Sector Salud, Guatemala 1999, pags 91-100
15. Deman Hedi, **Modelo de Atención de Salud en Guatemala, El Proceso de Reforma en Guatemala**, Foro Internacional La Reforma del Sector Salud, Guatemala 1999, pags. 101-106
16. Jefatura de Área de Salud de Alta Verapaz, **Diagnostico de la Situación Actual de Salud en el Departamento de Alta Verapaz**, 1998.
17. Organización Panamericana de la Salud, Partnerships for Health Reform, **Cuentas Nacionales de Salud, Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en Latinoamérica y el Caribe**, Informe Técnico No. 21 Mayo de 1998.
18. Congreso de la República de Guatemala, **Decreto 57-72, Ley para proveer de medicinas baratas a la población.**
19. Bravo M, Espinoza L., López O., UNICEF, **La Farmacia Comunitaria, una experiencia autogestionaria en áreas precarias**, Guatemala, C.A., 1995.
20. Informe del III Encuentro de ONGs y grupos de base con Programas de Venta de Medicamentos Esenciales, 1994.
21. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, **Informe de la Conferencia Latinoamericana sobre aspectos económicos y financieros de los medicamentos esenciales**, Caracas, marzo 1992, pags. 57-75
22. Arango, Juan I, Joncheere, Kees: **Compra Conjunta de Medicamentos para Centroamérica**. Mimeografiado. Noviembre de 1995. Pag. 7.
23. De Jocheere K., **Puede Centroamérica comprar sus medicamentos?** 1992
24. Oficina Sanitaria Panamericana, Carlyle Guerra de Macedo, **Busquemos la equidad**, Mensaje del Director, Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 115(03), 1993
25. Frenk Julio, Investigaciones sobre servicios de Salud, **El concepto y la medición de la accesibilidad**, 1992, Págs. 929-941.
26. US Agency for International Development, **Evaluación rápida del manejo de productos farmacéuticos un enfoque a base de indicadores**, Julio de 1995.
27. Organización Mundial de la Salud, **Como Investigar el uso de medicamentos en los servicios de Salud, indicadores seleccionados para el uso de medicamentos**, 1993, pags. 24-26

ANEXOS

ANEXO 1

LISTA DE MEDICAMENTOS TRAZADORES

1.	Amoxicilina	125mg/5 ml	Suspensión
2.	Amoxicilina	500 mg	Tableta
3.	Ampicilina	1 g	Vial
4.	Bencilpenicilina	1,000,000 UI	Vial
5.	Benzoato de bencilo	25%	Suspensión
6.	Cloranfenicol	2%	Ungüento
7.	Ibuprofeno	400 mg	Tabletas
8.	Mebendazole	100 mg	Tabletas
9.	Mebendazole	100 mg/5 ml	Suspensión
10.	Paracetamol	500 mg	Tableta
11.	Paracetamol	250mg/5 ml	Jarabe
12.	Sales de Rehidratación Oral	Sobre	
13.	Trimetoprim sulfametoxazol	480 mg	Tableta
14.	Trimetoprim sulfametoxazol	240 mg/5ml	Suspensión
15.	Sulfato ferroso	200 mg/5 ml	Jarabe
16.	Sulfato ferroso	200 mg	Tableta

ANEXO 2

Instrumento no. 1 Existencia de una lista de medicamentos trazadores

Fecha _____

Nombre y tipo de establecimiento: _____

Ubicación: _____

Datos tomados de: Observación directa

Medicamento Trazador			Existencia
Nombre	Concentración	Forma Farmac.	
Amoxicilina	125mg/5 ml	Suspensión	
Amoxicilina	500 mg	Tableta	
Ampicilina	1 g	Vial	
Bencilpenicilina	1,000,000 UI	Vial	
Benzoato de bencilo	25%	Suspensión	
Cloranfenicol	2%	Ungüento	
Ibuprofeno	400 mg	Tabletas	
Mebendazole	100 mg	Tabletas	
Mebendazole	100 mg/5 ml	Suspensión	
Paracetamol	500 mg	Tableta	
Paracetamol	250mg/5 ml	Jarabe	
Sales de Rehidratación oral	Sobre		
Trimetoprim sulfametoxazol	480 mg	Tableta	
Trimetoprim sulfametoxazol	240 mg/5ml	Suspensión	
Sulfato ferroso	200 mg/5 ml	Jarabe	
Sulfato ferroso	200 mg	Tableta	

Nombre de la persona que recolecta los datos: _____

ANEXO 3

Instrumento No. 2 Encuesta de accesibilidad a medicamentos

Datos a llenar por encuestador

Municipio: _____ Comunidad: _____

Persona que responde el cuestionario: Padre de familia
Madre de familia1. Ha consumido medicamentos en el último mes? Si No

2. Si su respuesta es sí, dónde los obtuvo?

- Centro de salud
- Puesto de salud
- Centro de convergencia
- Promotor de salud rural
- Venta social de medicamentos
- Botiquín rural
- Farmacia privada
- Venta de medicina privada
- Tienda
- Otro (especifique) _____

Si su respuesta es no ¿dónde los obtendría en caso de necesitarlos?

- Centro de salud
- Puesto de salud
- Centro de convergencia
- Promotor de salud rural
- Venta social de medicamentos
- Botiquín rural
- Farmacia privada
- Venta de medicina privada
- Tienda

Otro (especifique) _____

3. ¿Cómo llegó al lugar de obtención del medicamento

- A pie
- En camioneta
- Otro

4. ¿Cuánto tiempo le tomó llegar al lugar?: _____ minutos

5. ¿Si compró los medicamentos cuánto gastó? Q _____

5. ¿Cuál es su ingreso familiar mensual? Q _____