

# La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas



# La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas

La realización de esta publicación ha sido posible gracias al apoyo técnico y financiero de los proyectos de la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Ecuador, y gracias al respaldo institucional del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Consejo Nacional de la Salud (CONASA).

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas, denominaciones empleadas y datos presentados en esta publicación son responsabilidad de los autores, y no reflejan necesariamente los criterios o las políticas de la OPS/OMS o sus Estados miembro, ni del MSP y el CONASA.

**Comité editorial:**

Plutarco Naranjo  
Margarita Velasco Abad  
Miguel Machuca  
Edmundo Granda  
Fernando Sacoto  
Elizabeth Montes

**Compilación:**

Margarita Velasco Abad

**Edición y corrección de estilo:**

Álvaro Campuzano Arteta

**Diseño gráfico:**

Lápiz y Papel

**Diseño de portada:**

Liliana Gutiérrez, Lápiz y Papel

**Diagramación e impresión:**

Imprenta Noción

ISBN 978-9942-01-095-7

**Forma de citar:**

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (Quito: OPS/MSP/CONASA).



# Índice

 <b>Presentación</b> .....	I
<i>Caroline Chang</i> Ministra de Salud Pública	
 <b>Prólogo</b> .....	III
<i>Jorge Luis Prosperi</i> Representante de OPS/OMS sede Ecuador	
 <b>Introducción</b> .....	IV
<i>Consejo editorial</i>	

## PARTE I

### NEOLIBERALISMO Y GLOBALIZACIÓN: LOS ASEDIOS A LA SALUD PÚBLICA

 Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de bienestar .....	3
<i>Fernando Bustamante</i>	
 La salud pública en América Latina .....	13
<i>Margarita Velasco</i>	

## PARTE II

### CONDICIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA SALUD EN ECUADOR

#### SOCIEDAD, POLÍTICA Y SALUD

 Tendencias sociopolíticas del Ecuador contemporáneo .....	31
<i>Santiago Ortiz</i>	
 Cambios en las condiciones de vida de la población ecuatoriana .....	41
<i>Margarita Velasco</i>	

## CAUSAS PRINCIPALES DE ENFERMEDAD Y MUERTE

 Mortalidad materna ..... 57 <i>César Hermida</i>
 Situación alimentaria y nutricional ..... 61 <i>Plutarco Naranjo</i>
 Obesidad ..... 74 <i>Rodrigo Yépez</i>
 VIH / SIDA ..... 87 <i>Alberto Narváez Olalla y Eulalia Narváez Grijalva</i>
 Tuberculosis ..... 97 <i>Miriam Benavides</i>
 Malaria ..... 104 <i>Marcelo Aguilar</i>
 Dengue ..... 111 <i>Lenin Vélez</i>
 Cáncer ..... 122 <i>José Yépez Maldonado</i>
 Violencia social ..... 134 <i>Dimitri Barreto Vaquero</i>

## EL ENTORNO EN QUE VIVE LA GENTE

 Los riesgos naturales <i>Marcelo Aguilar, Xavier Coello, Othón Cevallos y Patricia Coral</i> ..... 145
 La salud ambiental ..... 158 <i>Ana Quan</i>
 Los plaguicidas ..... 166 <i>Guido Terán Mogro</i>

 El ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores ..... 177 <i>Óscar Betancourt y Bolívar Vera</i>
---

## **CAMBIOS EN LA VIDA DE GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS**

 La salud de las niñas, niños y adolescentes ..... 195 <i>Juan Vásconez</i>
---

 La salud y los derechos sexuales y reproductivos ..... 203 <i>Lily Rodríguez</i>
---

## **PARTE III**

### **LA RESPUESTA DEL ESTADO**

 Las políticas de salud y el sueño de la reforma ..... 213 <i>Ramiro Echeverría</i>
---

 Los recursos humanos en salud ..... 222 <i>Cristina Merino</i>
---

 Las acciones y políticas nutricionales ..... 238 <i>Marcelo Moreano Barragán</i>
---

 La política de medicamentos ..... 249 <i>Luis Sarrazin Dávila</i>
--

 El Programa Ampliado de Inmunizaciones ..... 256 <i>Nancy Vásconez, Guadalupe Pozo e Irene Leal</i>
--

 La gestión del conocimiento y la tecnología en el campo de la Salud ..... 271 <i>Mario Paredes Suárez, Ramiro López Pulles y Guillermo Fuenmayor Flor</i>
--

 El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud ..... 284 <i>César Hermida Bustos</i>
---

 La promoción de la salud en el Ecuador ..... 294 <i>Carmen Laspina</i>	294
 Aseguramiento universal en salud: instrumento de la reforma sectorial ..... 301 <i>Nilhda Villacrés</i> <i>Marco Guerrero</i>	301

## PARTE IV

### LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

 Los modelos de atención de la salud en Ecuador ..... 317 <i>Fernando Sacoto. Fundación Ecuatoriana para la Salud y del Desarrollo (FESALUD)</i>	317
 La seguridad social y la reforma de salud ..... 368 <i>Edison Aguilar Santacruz</i>	368
 El seguro social campesino ..... 378 <i>Pedro Isaac Barreiro</i>	378
 Los servicios de salud de la Policía Nacional del Ecuador ..... 386 <i>Fernando Salazar</i>	386

## PARTE V

### NUEVOS PLANTEAMIENTOS SOBRE SALUD PÚBLICA

 Salud y globalización ..... 393 <i>Edmundo Granda</i>	393
 Apuntes sobre bioética en América Latina ..... 407 <i>Fernando Lolas Stepke</i>	407
 Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo ..... 414 <i>Fernando Ortega Pérez</i>	414

 Interculturalidad y salud: la experiencia de Cotacachi ..... 424 <i>Luz Marina Vega</i>	424
 Las tecnologías de la información y la gestión del conocimiento en salud ..... 428 <i>Arturo Carpio y Patricio Yépez</i>	428

## PARTE VI

### BALANCE Y DESAFÍOS

 Las desigualdades en Ecuador y sus efectos en la salud ..... 441 <i>David Acurio</i>	441
 Objetivos de Desarrollo del Milenio en Ecuador ..... 448 <i>Pablo Salazar</i>	448

### LISTA DE RECUADROS

 Los micronutrientes y el combate de la desnutrición ..... 70 <i>Rodrigo Fierro Benitez</i>	70
 La Corporación KIMIRINA y sus aliados, las poblaciones clave, en la prevención del VIH/SIDA ..... 96 <i>Amyra Herdoiza</i>	96
 La reforma desde la perspectiva del ministro de Salud (1998 – 2000) ..... 277 <i>Edgar Rodas Andrade</i>	277
 El CONASA ..... 290 <i>Entrevistas a Jorge Albán y Marco Guerrero</i>	290
 Los organismos internacionales y su apoyo a la reforma de salud ..... 299 <i>Diego Victoria</i>	299

 Municipio saludable ..... 350 <i>Paco Moncayo Gallegos</i>
 La provincia saludable: un nuevo desafío ..... 352 <i>Ramiro González</i>
 Cotacachi, una experiencia de descentralización en salud ..... 353 <i>Auki Tituaña</i>
 Control comunitario de tuberculosis en la Amazonía ecuatoriana ..... 363 <i>Fernando Sacoto</i>
 Nanegalito: una experiencia de atención primaria ..... 365 <i>Entrevista a Jorge Cueva</i>
 El Hospital de Machachi: ¿cómo cambiar lo público? ..... 366 <i>Entrevista a Carlos Velasco</i>
 ¿Cómo lograr un país equitativo? ..... 446 <i>León Roldós Aguilera</i>
 <b>ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES</b> ..... 453

## La política de medicamentos

Luis E. Sarrazin Dávila\*

El retorno a la democracia en 1979, supuso una serie de expectativas de cambio en materia de salud. En este marco, los medicamentos fueron uno de los aspectos a los que se dio especial atención. Con la creación del Programa Nacional de Medicamentos Básicos del Ministerio de Salud Pública (MSP), se apuntó a poner en el mercado medicinas de calidad a un precio inferior (en un 35 a 40%) al de los medicamentos de “marca”. El acceso a medicinas a menor costo ha sido, precisamente, el tema central de la política de medicamentos de las últimas décadas.

El apoyo brindado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la política de medicamentos en el país ha sido muy significativo. Tal y como se constata a continuación, más allá de lo ocurrido en el caso ecuatoriano, desde la década de los setenta del siglo pasado, la OMS ha impulsado el diseño de políticas de medicamentos a nivel internacional. En 1975, la 28.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud recaló la “necesidad de desarrollar políticas de medicamentos vinculando la investigación, producción y distribución de medicamentos con las necesidades reales de salud”. En 1982, los Estados miembro de la OMS fueron urgidos por la 35.<sup>a</sup> Asamblea “a desarrollar políticas de medicamentos”. En 1988, la OMS publicó el documento “Pautas para establecer políticas farmacéuticas nacionales”, que fuera actualizado en el 2002. Y en 1999, la 52.<sup>o</sup> Asamblea Mundial de Salud urgió a los Estados miembro a “reafirmar su compromiso para el desarrollo,

implementación y vigilancia de políticas farmacéuticas nacionales, tomando las medidas necesarias para asegurar el acceso equitativo a medicamentos esenciales” y “asegurar que los intereses de la salud pública primen en las políticas de salud y de medicamentos”.

### El Programa de Medicamentos Básicos

El Programa de Medicamentos Básicos que arranca desde el año 1980, tal y como fue diseñado originalmente, buscó utilizar la capacidad instalada de la industria nacional e incorporar a los importadores que lo quisieran, para la fabricación y provisión de medicamentos genéricos. Esta iniciativa se complementó con la creación, a nivel de todo el país, de farmacias de medicamentos básicos. Sin embargo, esta idea novedosa debió enfrentar, no solamente el creciente incremento de los precios de las medicinas, sino las dificultades del Estado para adquirirlas, a consecuencia del decrecimiento de los presupuestos oficiales del sector. Por otro lado, la deteriorada capacidad adquisitiva de los ciudadanos también constituyó un factor indiscutiblemente limitante para una adecuada accesibilidad a los medicamentos.

Como antecedente del Programa de Medicamentos Básicos, frente al desorden existente en la selección de medicamentos en los diferentes países, los organismos internacionales vinculados a la salud, tales como la OPS/OMS, promulgaron lo que se denominó “Cuadro

---

\* Ex-ministro de Salud Pública del Ecuador. Miembro de la Comisión Nacional de Farmacología – CONASA

de medicamentos básicos”. Este documento es una lista certificadora de medicamentos de acción terapéutica efectiva frente a las diferentes patologías prevalentes. El primer listado de medicamentos básicos, fue elaborado en 1975 por el Convenio Hipólito Unanue, integrado por los países de la región andina. La decidida participación del Ecuador fue clave para estructurar el listado definitivo del Convenio.

Ya para 1977, el Decreto 1592 (publicado en el Registro Oficial #377, del 12 de julio de 1977) define otros aspectos fundamentales de una política de medicamentos. Por un lado, puntualiza la actividad de la industria farmacéutica exigiéndole que “cada casa matriz cuyos medicamentos se elaboren o comercialicen en el país, estará obligada a producir por lo menos dos medicamentos para el Programa de Medicamentos Básicos Sociales del Ministerio de Salud”. Por otro lado, este mismo decreto, aborda uno de los aspectos más delicados de la política de medicamentos: los precios. “Los precios de tales medicamentos se calcularán de tal manera, que al último precio de venta a Farmacia fijado por el Ministerio de Salud Pública, se le disminuirá entre el 25 y 30%, evitándose así, que el precio pudiese ser manipulado al ser contratado en forma personal o en condiciones variables con cada empresa productora o distribuidora”. Esta manera de hacer efectiva la contratación fue un logro importante, ya que se introdujeron cambios radicales con el propósito de clarificar o transparentar este tipo de transacciones.

A partir de 1980 expertos del MSP en el tema, hicieron los ajustes pertinentes al Convenio (en cuanto al número de principios activos, concentración y formas de presentación de los medicamentos), y comenzó la implantación del “Cuadro de medicamentos básicos” en todas sus unidades operativas. De este modo, se puso en vigencia un sistema que se ocupó de la selección y estructuración de los pedidos y de la adjudicación y metodología de la entrega (recepción, condiciones de almacenamiento,

forma de comercialización, de pago y control de calidad de los productos adquiridos). Estas medidas marcaron el nacimiento de una política en materia de medicamentos que, adecuadamente diseñada y técnicamente ejecutada, ofrecería a la población más necesitada un acceso oportuno, amplio y conveniente a los servicios de salud.

Dos conceptos fundamentales se pueden resaltar del Programa de Medicamentos. Por un lado, la incorporación de la industria en este tipo de procesos, sin entrar en consideraciones sobre su naturaleza u origen. Es decir, con independencia de si ésta fuese una industria local instalada o una representación encargada de la importación de productos terminados. Otro concepto que se esgrimió desde los inicios del programa, fue el de la descentralización administrativo-financiera. Todo el componente presupuestario asignado para las compras globales fue desplazado hacia las jefaturas provinciales de salud del país (hoy direcciones provinciales), acabando con la retención del 70% en la planta central. Esta liberación de recursos, volvió más ágil y racionalizó el manejo de la adquisición de medicamentos en el nivel local.

Todo este proceso que consolida al nuevo Programa Nacional de Medicamentos Básicos del MSP, termina de instrumentarse con la promulgación de los acuerdos ministeriales respectivos, rubricados finalmente el 23 de abril de 1980.

Si bien, al inicio, la industria farmacéutica fue reticente a participar en el programa, poco a poco fue cediendo al comprender cuán importante era su rol social frente a la problemática de salud del país, y que elaborar ciertos medicamentos esenciales de óptima calidad y a precios especiales, no era sino contribuir a las importantes acciones del MSP en beneficio de los cientos de miles de ecuatorianos más necesitados.

En enero de 1984, se revisaron las listas vigentes y bajo los mismos criterios que sirvieron para

integrarlas, se incrementaron las adjudicaciones de nuevos principios activos, implementándose los contratos respectivos. Para abril de 1984, había 41 farmacias distribuidas en todas las provincias del país, con la ventaja de que eran autofinanciadas y sin fines de lucro, ya que el precio de los medicamentos que se expendían en ellas, era igual al marginado para el MSP por parte de la industria. Posteriormente, estas farmacias se convirtieron en centros de aprovisionamiento para los botiquines de los centros y subcentros de salud.

## EL CEMEIN

Para garantizar un mejor y más adecuado sistema de compras y distribución de medicamentos e insumos médicos a nivel nacional, mediante el decreto ejecutivo No.3913 (19 de abril de 1988), se creó el Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos (CEMEIM), adscrito al MSP. Esta instancia fue destinada tanto a planificar, producir y solicitar, como a almacenar y distribuir todos los medicamentos e insumos médicos relacionados con los programas nacionales de medicina infantil gratuita, de medicamentos genéricos, y otros establecidos por ley o reglamento. Entre las actividades del CEMEIM, se incluyó el apoyo al programa Medicamentos Gratuitos para Menores de Edad (MEGRAME), al Programa de Genéricos del MSP, al control de enfermedades de alto riesgo, a la provisión de insumos médicos, y, al apoyo a las boticas populares.

Desafortunadamente, algunos de los directores ejecutivos del CEMEIN orientaron su actividad a fortalecer el equipamiento e infraestructura, soslayando los aspectos técnico-administrativo y funcionales. En otros términos, ocurrió una adquisición poco planificada, excesiva y a veces caótica de medicamentos e insumos. La desaparición inexplicable de todo el juego de fichas de calidad para calificar las compras de medicamentos y la ausencia de parámetros

claros para realizarlas, evidenciaron que el único propósito institucional llegó a ser, por momentos, el de enriquecer a quienes intervenían en ellas. Las escandalosas compras de vendas de yeso, antibióticos, tuberculostáticos y tetraciclina para la epidemia del cólera de 1998, terminaron por desacreditar al CEMEIN. Y al fallar el intento de reformarlo en 1995, mediante el decreto N°683 (RO #149, del 16 de marzo de 1999), se suprimió esta instancia, disponiéndose el traspaso de sus bienes, derechos y obligaciones al MSP.

## Las áreas polémicas

### *Precios e industria farmacéutica*

Una de las áreas polémicas de la política de medicamentos fue y es la posición de la industria farmacéutica frente a los precios. En la década del ochenta, esta discusión incluso llegó a niveles de enfrentamiento público, que obligaron a la realización de una auditoría sobre los permisos de importación de la industria farmacéutica durante el período 1979-1983. Tal auditoría se centró particularmente en la labor de funcionarios del MSP y del Banco Central. Los resultados demostraron la existencia de una evidente sobrefacturación en la importación de materia prima para la industria farmacéutica.

A inicios del periodo gubernamental 1984-1988, se promulgó el acuerdo interministerial No.706 (RO No. 50, 23 de octubre de 1984) que reglamentaba la fijación y revisión de precios de los medicamentos de uso humano, leches maternizadas y productos dietéticos infantiles. Asimismo, se publicó el acuerdo interministerial No.1011 (RO No.87, 17 de diciembre de 1984) que codificó el reglamento para la revisión y fijación de precios de los medicamentos de uso humano, leches maternizadas y productos dietéticos infantiles. Con este antecedente, dado lo polémico de la fijación de precios de los medicamentos, en 1992 se promulgó la Ley 152 mediante la cual se creó el Consejo Nacional de

### Fijación de Precios de Medicamentos de Uso Humano.

Durante estos últimos tiempos, en el marco del modelo económico neoliberal, el mencionado Consejo se ha debilitado. El presupuesto de quienes critican su papel es que resulta impropio pretender controlar los precios de los medicamentos, pues éstos deberían ser regulados por las leyes del mercado, utilizándose la competencia como elemento estabilizador. Desde esta perspectiva, sólo se justifica el control del precio de medicamentos únicos o escasos (3 o menos en el mercado), con el fin de evitar los monopolios y sus efectos concertados de elevación de precios en perjuicio de los usuarios.

### **La calidad de los medicamentos**

La calidad ha sido otro tema controversial. Si bien muchos de los responsables del MSP estuvieron convencidos de que la calidad era de una importancia capital (pues el preservarla, no solo garantizaba la responsabilidad moral del portafolio, sino que entregaba al consumidor un medicamento idóneo que proporcionaría la respuesta esperada frente a una determinada patología), no faltaron los *non sanctus*, que apoyaron compras de fármacos de dudosa procedencia, calidad discutible y en cantidades excesivas.

Para controlar estas actividades, el Ministerio realizaba permanentes visitas a la industria farmacéutica para verificar su capacidad instalada, sus sistemas operativos, las características de sus áreas técnicas e instalaciones, los mecanismos de empaque y los laboratorios de control de calidad. Estas acciones se complementaron con la obligatoriedad de obtener el Registro Sanitario Ecuatoriano que certificaba si los medicamentos cumplían con todas las especificaciones de conformidad con fichas de

referencia técnica. Estos mecanismos de control se fueron fortaleciendo con el tiempo, hasta que el 19 de julio de 1994, se publicó el acuerdo ministerial (RO N°486) mediante el cual se expidió el Reglamento de Buenas Prácticas de Manufactura para la Industria Farmacéutica. Tal reglamento establece la obligatoriedad por parte de la industria farmacéutica instalada en el país y la procedente del exterior, de presentar los correspondientes certificados para garantizar la seriedad, idoneidad y transparencia empresarial de los productores.

En cuanto al control de la calidad de los medicamentos, si bien los controles se realizaron desde el inicio del Programa Nacional de Medicamentos Básicos, éstos sólo estuvieron orientados al análisis de los productos que lo integran, fuesen éstos originarios del país o procedentes del exterior. Es apenas desde hace muy pocos años que el control post-registro o post-comercialización se viene cumpliendo. Este control consiste en que el personal técnico encargado, toma muestras aleatorias de los productos en los sitios de almacenamiento, en las perchas de las farmacias y en las plantas de manufactura, y realiza los análisis pertinentes para certificar que cumplen con todos los requisitos que señala su correspondiente registro sanitario.

No faltó la resistencia inicial a este procedimiento por parte de los interesados, que miraban al proceso como una acción de pesquisa. Pero luego se convencieron de su bondad: además de darles un significativo respaldo, los certificados del MSP les otorgaba un aval de tipo técnico-comercial de indiscutible valor.

### **Otros problemas**

Por fuera de todo lo mencionado, actualmente se constata una variada gama de deficiencias que todavía no han sido superadas en la implementación de la política de medicamentos.

Entre estas deficiencias, se incluyen:

- Fallas en la implementación del censo de las necesidades nacionales, para conocer oportunamente los volúmenes a ser solicitados a la industria farmacéutica.
- Reticencia por parte de la industria farmacéutica para la elaboración o suministro de medicamentos de bajo consumo, en base a sus principios de rentabilidad de la gestión empresarial.
- Limitaciones de orden económico ante las permanentes contracciones presupuestarias de las asignaciones al programa.
- Resistencia de los profesionales para utilizar el nombre genérico de los medicamentos en sus prescripciones.

### **Los tiempos actuales: obstáculos y desafíos**

Con el fin de mejorar y facilitar la provisión y suministro de medicamentos, la función legislativa promulgó la denominada Ley 2000-12, relacionada con la producción, importación, comercialización y expendio de medicamentos genéricos de uso humano (RO #59, 17 de abril del 2000). Sin embargo, analizada desde la perspectiva actual, la promulgación de esta ley no surtió el efecto deseado por múltiples circunstancias.

A partir del año 2000, se han organizado movimientos desde varios sectores tanto profesionales como provenientes de la sociedad civil, para conseguir logros concretos en materia de salud, específicamente en cuanto al acceso a medicamentos esenciales. Como producto de este proceso organizativo, se convocó a la realización de talleres locales y regionales orientados a reunir a todos sus integrantes, permitiendo el intercambio de sus conocimientos y experiencias y la expresión de sus necesidades.

Los dos grandes Congresos por la Salud y la Vida, realizados en Quito en el 2002 y en Guayaquil en el 2004, aportaron conclusiones importantes respecto a las necesidades de salud de los ecuatorianos. Los resultados conseguidos a través de estos espacios de debate, fueron plasmados en postulados que debían ser puestos en práctica por los grupos responsables y que fueron oficializados en declaraciones.

Con todos estos antecedentes, el Congreso Nacional promulgó la ley orgánica del Sistema Nacional de Salud (RO N°670, 25 de septiembre del 2002), cuyo artículo 28 hace referencia a medicamentos e insumos, y cuyo primer reglamento trataba, en el capítulo V, “De los medicamentos e insumos”.

### **Los grandes obstáculos**

A pesar de estos avances, entre los grandes obstáculos que han incidido en el fracaso de la creación de una verdadera política nacional de medicamentos se destacan:

1. La combatividad agresiva de la industria farmacéutica contra los medicamentos genéricos, a los que en forma despreciativa denomina “copias”, en muchos casos agregando los calificativos “malas” o “burdas”.

Me referiré particularmente a la propaganda que hizo la transnacional CIBA-GEIGY en 1994 dirigida a los médicos. Mediante la publicación de dípticos en serie, se difundían este tipo de ideas: “Dr. ¿Cuál es su nombre genérico? Desde luego su nombre genérico es “médico”; pero ¿a quién se le ocurriría cimentar su práctica en una descripción general que solo conceptúa a la profesión y no al individuo mismo? Usted no es un médico genérico, usted tiene nombre y apellido...”; y así por el estilo...

2. Los estímulos, regalos, pago de viajes y prebendas de diversa índole que, gracias a los rubros promocionales, la industria farmacéutica puede entregar a los médicos, hizo que muchos de ellos comprometan su capacidad prescriptoria “alquilando su mano” en beneficio de los laboratorios con los que mantienen este tipo de relaciones “especiales”.
3. La mal entendida autonomía institucional, en virtud de la cual cada organismo del Estado se considera facultado a comprar lo que considera adecuado y conveniente, sin mirar la preservación de los grandes intereses nacionales.
4. La deshonestidad de buena parte de quienes han estado a la cabeza de dichos organismos, que no han vacilado en adquirir grandes cantidades de medicamentos e insumos, muchas veces de mala calidad y frecuentemente con sobreprecio, para obtener pingües beneficios.
5. La tenaz resistencia por parte de los médicos a prescribir genéricos, en virtud de su pésima experiencia al hacerlo: el haberles dispensado medicamentos de mala calidad a sus pacientes ha redundado, no sólo en la no curación, sino con frecuencia incluso en el agravamiento de las dolencias que motivaron las consultas.

Ante tanta inmoralidad y latrocinio, la Comisión de Control Cívico de la Corrupción, conformó una comisión con delegados de las principales instituciones del sector salud, con miras a transparentar la adquisición de medicamentos, insumos y reactivos médicos. Luego de seis meses de realizar una ardua tarea, se entregó el proyecto denominado Corporación Nacional para la Adquisición de Medicamentos, Insumos y Reactivos (CONAMIRE). Sin embargo, como resultando insólito, las instituciones cuyos delegados la integraron (IESS, ISSFA, ISSPOL,

SOLCA y MSP), se encargaron de enterrar el proyecto, pues ponerlo en marcha, impediría a ciertos funcionarios hacer grandes negociados con la compra de fármacos e insumos. El funeral tuvo lugar en enero del año 2000. Dicho sea de paso, sólo la Junta de Beneficencia de Guayaquil ha seguido una línea idónea y recta en todo lo relacionado con el manejo de medicamentos. En esta institución siempre se ha privilegiado la calidad frente al precio, lo cual ha tenido resultados espectaculares en materia de ahorro y credibilidad institucional.

### ***Desafíos para hacer realidad una política de medicamentos***

El mercado farmacéutico ecuatoriano alcanzó en el 2003 ventas aproximadas de 523'806.914 dólares. Esta cifra representa casi el 2% del PIB y tuvo un crecimiento del 6% en el 2005. La participación del sector privado y público en este volumen de ventas ha sido del 86,86% y 13,14% respectivamente. Desde la perspectiva de los compradores, las cifras sitúan al gasto total en salud entre el 4 y 5% del PIB. El 88% del gasto privado en salud corresponde a gasto directo de los hogares, el cual se distribuye fundamentalmente en la adquisición de medicamentos y otros insumos (61,9%), en atención médica (24,3%), y en exámenes de laboratorio, imagenología, tratamientos odontológicos y adquisición de aparatos ortopédicos (24%).

Ante esta cruda realidad, y habiendo entre 80 y 100 países miembros de la OMS con políticas nacionales de medicamentos, resulta inadmisibles que no hayamos concretado nuestra propia política en Ecuador. Esta ausencia es todavía más grave frente a lo establecido en la Constitución Política de la República, que en el numeral 20 del artículo 23, consagra el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, recreación, vivienda, vestido y otros servicios sociales necesarios.

En los momentos actuales, la Comisión Nacional de Farmacología del Consejo Nacional de Salud ha tomado la posta y se ha entregado a la labor de diseño de la Política Nacional de Medicamentos

Nacionales. Esta instancia está trabajando con toda decisión y ahínco para que una efectiva política de medicamentos sea una realidad al más corto plazo.

### Bibliografía:

Marchán, Elvira y María del Carmen Oleas 1984 *Programa Nacional de Medicamentos Básicos* (Quito: MSP).

Organización Mundial de la Salud (OMS) 1975 28° *Asamblea mundial de la salud* (Ginebra: OMS).

Organización Mundial de la Salud (OMS) 1982 35° *Asamblea mundial de la salud* (Ginebra: OMS).

Organización Mundial de la Salud (OMS) 1999 52° *Asamblea mundial de la salud* (Ginebra: OMS).

Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA). Convenio Hipólito Unanue. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 1975.

Rodríguez, Eduardo 1992 *25 años por la salud del Ecuador* (Quito: MSP).

Romo, Hugo. Comunicación personal, julio del 2005.

Sarrazin Dávila, Luis 1995 *Programa nacional de medicina genérica* (Quito: MSP).

### Documentos Legales:

Acuerdo ministerial N° 4520 del 14 de abril de 1975.

Acuerdo ministerial N° 4720 del 24 de junio de 1975.

Acuerdo ministerial N° 4732 del 24 de junio de 1975.

Acuerdo ministerial N° 4800 del 17 de julio de 1975.

Acuerdo ministerial N° 4801 del 17 de julio de 1975.

Acuerdo ministerial N° 7855 del 15 de julio de 1975.

Acuerdo ministerial N° 2173 del 24 de abril de 1980.

Acuerdo ministerial N° 2174 del 21 de abril de 1980.

Acuerdo ministerial N° 2182 del 22 de noviembre de 1982.

Acuerdo ministerial. RO # 486 del 19 de julio de 1994.

Acuerdo interministerial N° 6407. RO # 777 del 2 de Julio de 1984.

Acuerdo interministerial N° 1011. RO # 87 del 17 de diciembre de 1984

Acuerdo interministerial N° 940-A. RO # 327 del 3 de diciembre de 1985

Decreto #1592, RO # 377 del 12 de julio de 1977.

Decreto ejecutivo N° 1342. RO # 324 del 28 de noviembre de 1985.

Decreto ejecutivo N° 1721. RO # 409 del 4 de abril de 1986.

Decreto ejecutivo N° 2827. RO # 686 del 15 de mayo de 1987.

Decreto ejecutivo N° 3913. del 19 de abril de 1988.

Decreto ejecutivo N° 683. Suplemento del RO # 149 del 16 de marzo de 1999.

Decreto ejecutivo N° 3611. RO # 9 del 28 de enero del 2003.

Ley N° 152. RO # 927 del 4 de mayo de 1992.

Corporación nacional para la adquisición de medicamentos, insumos y reactivos (CONAMIRE). Edición privada institucional. Editada el 20 de Enero del 2000.

Ley 2000-12. RO # 59 del 17 de abril del 2000.

Ley N° 80 Orgánica del SNS. RO # 670 del 25 de septiembre del 2002.