

VENTA SOCIAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES EN NICARAGUA



Farmacéuticos Mundi
Delegación Madrid
C/ Gran Vía, 67.
28013-Madrid
telefax 91 540 19 13
madrid@farmamundi.org

En países como NICARAGUA el bajo presupuesto, las grandes deficiencias en las infraestructuras y en el funcionamiento de la red sanitaria, además de la falta de medios de distribución eficaces, ha originado una precaria e insuficiente atención sanitaria en la población, lo que se traduce en un incremento de la morbilidad y mortalidad.

Estas y otras muchas circunstancias provocan un elevado precio de los medicamentos en relación al nivel de vida de la población (más del 82% de los nicaragüenses sobreviven con menos de 1\$ diario) por lo que muchas personas se ven obligadas a adquirir los medicamentos en farmacias privadas y centros no especializados (como “pulperías”). En las zonas rurales y semiurbanas el acceso a medicamentos en condiciones justas y de garantía es del todo imposible.

En este contexto surge la iniciativa de las “Ventas Sociales de Medicamentos” como una alternativa de acceso a medicamentos esenciales en las situaciones económicas y geográficas más complicadas. Con ello se viene logrando además, un uso racional del medicamento y se ha garantizado un suministro sostenible a largo plazo en la población más desfavorecida.

Con este proyecto Farmacéuticos Mundi ha pretendido implementar un Programa de Medicamentos Esenciales consistente en una Red de Ventas Sociales de Medicamentos dentro del área rural y semirural de Nicaragua.

La sostenibilidad global del programa de medicamentos abarca 4 áreas :

- Social.
- Organizativa.
- Legal.
- Económica.

La equidad en la salud es un derecho de todos los ciudadanos pero la accesibilidad a los medicamentos necesarios sigue siendo un objetivo no resuelto para la gran mayoría de la población pobre de Nicaragua. Es en este contexto dónde se ubica el proyecto se consigue que 650.000 personas tengan acceso a medicamentos esenciales de calidad y a bajo costo, y a la vez, que tengan acceso a información veraz y de calidad sobre su uso racional.

Mediante el programa de acceso de medicamentos esenciales 1.999-2004, a través de la implementación de una Red de Ventas Sociales de Medicamentos (VSM), se obtienen como resultados: 90 Ventas Sociales de Medicamentos, 57 Botiquines Ampliados (BA), 259 Botiquines Comunitarios (BC).

Con una cobertura poblacional estimada de 650.000 habitantes lo que representa el 12% de la población nicaragüense, de los treinta y un municipios de toda Nicaragua con pobreza severa, la Red de Ventas Sociales de Medicamentos se encuentra establecida en once de ellos, de treinta y cuatro municipios con pobreza alta se encuentra en once, de treinta y cuatro municipios con pobreza media se localiza en seis. La característica de todos estos municipios es el deficiente o inexistente abastecimiento de medicamentos esenciales por parte del Ministerio Nicaragüense de Salud (MINSAL) a la población.

Cada vez más, otros Organismos locales y Comités de Salud municipales desean integrarse en la Red de Medicamentos implementada por Prosalud, Acción Médica Cristiana y Farmacéuticos Mundi, solicitando su apoyo y asesoramiento para iniciar nuevas VSM o BA en diversos departamentos del territorio nacional. La red se encuentra actualmente en 12 de los 18 Departamentos de Nicaragua, todos estos factores implican la necesidad de una mejora a nivel organizativo, educativo y legal dentro de la ejecución de dicho programa.

La propuesta que presentamos fortalece las diferentes áreas de trabajo para tener mayor eficiencia y eficacia, a fin de alcanzar mayor sostenibilidad global del programa de medicamentos esenciales de la siguiente forma:

1. **El proyecto logra una sostenibilidad social:** Es decir, la población tiene acceso económico, geográfico y educativo a los medicamentos esenciales de calidad y bajo costo y a controles de la presión arterial y exámenes de medición de glucosa en sangre. Los medicamentos se venden a la mitad de precio que en las farmacias comerciales, las VSM y BA se encuentran en municipios rurales o semirurales y están ubicados cerca de los puestos de salud y centros de salud del MINSA para que la población beneficiaria no incurra en más gastos (gastos de desplazamiento); y por último y no menos importante, se realiza una fuerte labor de sensibilización de la población acerca de lo importante que es hacer un uso racional del medicamento, así como la capacitación a las dispensadoras / es (gestores de las V.S.M. y Botiquines) lo cual contribuye a una mejora de la atención sanitaria en estas comunidades.
2. **Se logra sostenibilidad organizativa:** Existe una comunicación y organización eficiente en la Red de Distribución de Medicamentos de Prosalud y entre los diferentes Organismos e Instituciones que trabajan con medicamentos esenciales.
3. **Se consigue una sostenibilidad legal:** Existe una regulación específica para la Red de VSM, consensuada por todos los Organismos implicados y por el Ministerio de Salud, que estimula y facilita el esfuerzo de los Organismos implicados para llevar el medicamento hasta la población desprovista.
4. **Y el último pilar es la sostenibilidad económica:** El programa de medicamentos esenciales de Prosalud alcanza un incremento del 15% en su sostenibilidad económica, lo cual redundo positivamente en toda la red, manteniendo los precios accesibles para las poblaciones con menos recursos.

CONTEXTO

Perfil de país: Nicaragua

DATOS GEOGRAFICOS.

Nicaragua está situada en el corazón de Centroamérica y limita al Norte con Honduras; al Sur con Costa Rica; al Este, con el Océano Atlántico (Mar Caribe); y al Oeste, con el Océano Pacífico. Su línea de costa es de 893km. Capital Managua. Ciudades principales Estelí, Granada, León, Masaya, Bluefields.

ECONOMIA.

La economía de Nicaragua, que antes era una economía mixta, está experimentando un amplio ajuste estructural que la dirige hacia una economía de mercado. Esto se está realizando a través de la privatización de los entes estatales y la reducción del sector público.

Cerca de la mitad de los ingresos por exportaciones son generados por la exportación del café y del algodón. También destacan las exportaciones de marisco, tabaco, bananas, carne y oro.

La economía nicaragüense trata de salir de la crisis a través de su integración en los mecanismos internacionales. Los inversores extranjeros disponen de importantes exenciones fiscales en la importación, exportación y obtención de rentas.

SITUACION GENERAL Y TENDENCIAS

Nicaragua es la nación centroamericana de mayor **extensión territorial**, tiene un área de 130.244 km², a la vez es la que tiene una menor densidad de población (35,9 hab /km²) Se divide en 15 departamentos y dos regiones autónomas (región del Pacífico y región de Atlántico Sur), la unidad administrativa básica es el municipio, la República está integrada por 156 municipios. La región del Pacífico (15,2% del territorio) alberga al 58% de la población total.

La **población total** estimada para el 2003 fue de 5.480.341 habitantes, de la cual 56,6% es urbana. Un 41,56% de la población es menor de 15 años de edad, situándose la media de edad en 17 años. Se estima que 8,2% de la población es indígena, concentrándose en la costa Caribe.

La **esperanza de vida** al nacer, en el 2001 fue de 69,1 años y la **mortalidad infantil** de 36 muertes por mil nacidos vivos. La tasa bruta de natalidad fue de 26,9%. La tasa global de fecundidad fue de 3,7 hijos por mujer, siendo mayor en el medio rural. La **emigración** y la migración interna generan un fuerte impacto económico, se estima que cerca de una quinta parte de los nicaragüenses (aproximadamente un millón) vive en el exterior, en su gran mayoría en USA y Costa Rica.

En el 2001, la **población pobre** representó el 45,8%, de los cuales el 15,1% es extremadamente pobre. Pese a la reducción de porcentajes en comparación con la medición de nivel de vida de 1998, las cifras absolutas han aumentado y se concentran en zonas rurales y comunidades étnicas. El **analfabetismo** se ha incrementado a 33,2% en 2001.

La pobreza es el principal determinante de salud. Ingresos económicos, género y etnicidad son los factores más importantes al analizar las desigualdades en salud. Al **comparar los indicadores de salud** entre el 20% de población más pobre y el 20% más rica, encontramos que en los pobres la tasa de mortalidad infantil y la tasas de fecundidad global es tres veces mayor, la desnutrición crónica es siete veces mayor y la prevalencia de EDA (Enfermedades Diarreicas) e IRA (Infecciones Respiratorias Agudas) es dos veces mayor. Los pobres usan tres veces menos los servicios públicos de salud para la atención del parto, tienen 10% menos de esquemas completos de vacunas y 33% menos de uso de métodos modernos de anticoncepción.

Se estima que de los 33 países sudamericanos, Nicaragua es el segundo más pobre, por detrás de Haití, y unos 2,3 millones de personas, el 47,9% de la población total, son pobres. Además el 70,6% tienen alguna necesidad básica insatisfecha (NBI). Dos de cada tres personas en el área rural son pobres, en comparación a 1 de cada 3 en las ciudades.

Persisten asimismo brechas de equidad significativas en cuanto a la atención en salud. Las disparidades entre los grupos sociales del país son cada vez más grandes, y se expresan, sobretudo, en la probabilidad de enfermar y morir por causas evitables. Cerca del 35% de la población aún carece de agua potable, y entre los pobres cerca de un tercio no tiene ningún acceso a las letrinas, el 57% no tiene acceso a la electricidad y el 94% sólo utiliza leña para cocinar.

Diagnostico de la Cooperación Externa en Nicaragua.

Managua, 30 de marzo del 2004 (OPS).

El Ministerio de Salud (MINSAL) ha sido uno de los sectores más beneficiados con la ayuda internacional a través de la cual se han realizado una serie de Programas y Proyectos dirigidos a contribuir al mejoramiento de los servicios de atención en salud y del nivel de vida en general de la población nicaragüense. En este sentido el MINSAL ha venido realizando esfuerzos para establecer y mantener una fortalecida coordinación con la comunidad cooperante.

Cooperación externa con el MINSAL.

Después de la recesión en materia de cooperación que sufría Nicaragua hasta el año 1990, se puede hacer un análisis de la ayuda ofrecida en el período **1990-1995** en el cual la cooperación externa ascendió a US \$ 4.032,3 millones.

En el área de salud, la cooperación de los Organismos No Gubernamentales para todos los sectores, en este período (1990-1995) ascendió a US \$ 316,8 millones, de estos el sector social absorbió el 57,2% dentro de los que se encuentra el Programa de Atención a la Niñez y la Mujer, Atención Primaria y otros.

De acuerdo a las Memorias del Ministerio de Salud (MINSA), esta Institución en el período ***Enero/93—Septiembre/96*** ejecutó un monto de US \$ 153,4 millones. El destino de la cooperación en salud ha sido la siguiente: el 33% de la cooperación ha estado dirigida al desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral de la Salud (SILAIS); 26% al Desarrollo Institucional del Ministerio de Salud; 24% al Fortalecimiento de la Infraestructura y Equipamiento Médico y 16% al Desarrollo de Programas de Salud.

También en el área de salud, en el periodo de ***1997 al 2002*** el Ministerio de Salud ha contratado recursos externos por un orden aproximado de US \$ 337,7 millones procedentes de diversas fuentes de cooperación bilateral, multilateral y de organismos no gubernamentales. Estos recursos estuvieron dirigidos principalmente a la Atención Primaria con un 78%; Atención Secundaria con el 10% y el Nivel Central con 12%.

En este período, un aspecto importante fue el paso del *Huracán Mitch* en el mes de Octubre de 1998, que ocasionó su mayor impacto entre la población más pobre, así como severos daños a la economía y al medio ambiente, afectando un número de 108 instalaciones de salud, principalmente en las áreas rurales de los Departamentos del Centro, Norte y Occidente del país. En esas circunstancias, la movilización de los recursos nacionales del MINSA no se hizo esperar y los Organismos Internacionales de Cooperación, incluyendo la participación de los Organismos No Gubernamentales, se integraron de inmediato a las tareas de apoyo, lideradas por el Ministerio de Salud.

En el *trienio 2000-2002*, en ese Trienio, la cooperación internacional total estuvo dirigida en un 98.1% a la Atención Primaria, y solamente el 1.9% a la Atención Secundaria.

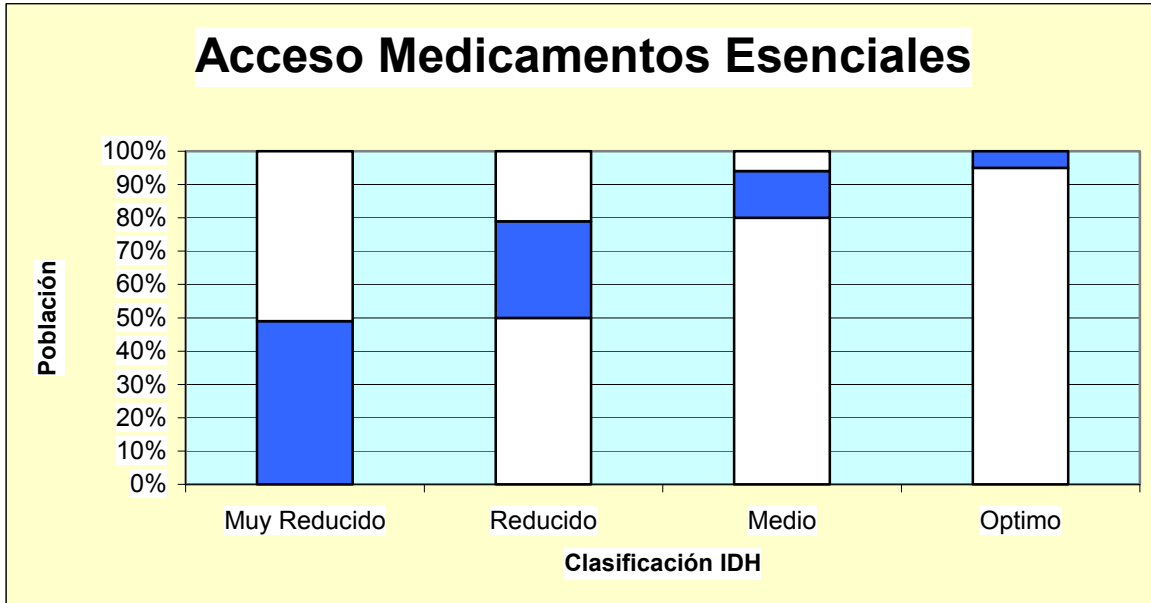
La Cooperación Externa en Salud se ha caracterizado por tener una amplia distribución geográfica y por destinarse a múltiples áreas de salud, pero sin estar dirigidas por prioridades la mayoría de las veces, desconociéndose su impacto y en muchas ocasiones, produciéndose duplicidad de acciones o brechas de cobertura.

Comparativa de indicadores Nicaragua / España.

Estimaciones de Población		
Indicador	Valor Nicaragua	Valor España
Población Total (1000) 2002	5.335	40.977
Tasa de crecimiento anual de la población (%) 1992 a 2002	2,8	0,4
Coefficiente de Dependencia (por100) 2002	82	46
Coefficiente de Dependencia (por100) 1992	95	48
% población mayor de 60 años, 2002	4,7	21,6
% población mayor de 60 años, 1992	4,4	20,0
Tasa total de fecundidad, 2002	3,8	1,2
Tasa total de fecundidad, 1992	4,8	1,3

Indicadores de salud 2002				
Indicador	Nicaragua		España	
	Valor	Intervalo de incertidumbre	Valor	Intervalo de incertidumbre
Esperanza de vida nacer (años)				
Población Total	70,1		79,6	
Hombres	67,9	67,2- 68,6	76,1	75,6- 76,7
Mujeres	72,4	71,6- 73,2	83,0	82,8- 83,3
Mortalidad infantil(probabilidad de morir por debajo de 5 años) (por 1000)				
Hombres	38	31- 45	5	5- 6
Mujeres	32	27- 38	5	4- 5
Mortalidad de adultos (probabilidad de morir entre 15 y 59 años) (por 1000)				
Hombres	213	199- 226	120	111-128
Mujeres	143	126- 163	47	45- 49
Esperanza de vida sana al nacer (años)				
Población Total	61,4		72,6	
Hombres	59,7	58,4- 60,3	69,9	69,1- 70,7
Mujeres	63,1	61,9- 64,0	75,3	74,6- 76,1
Esperanza de vida sana a los 60 años (años)				
Hombres de 60 años	13,0	12,8- 13,3	16,4	16,1- 16,8
Mujeres de 60 años	14,5	14,3- 14,9	19,9	19,6- 20,2
Previsión de años de vida sana perdidos al nacer (años)				
Hombres	8,2		6,2	
Mujeres	9,3		7,7	
Porcentaje de pérdida de esperanza de vida total (%)				
Hombres	12,0		8,2	
Mujeres	12,9		9,3	

FUENTE.. OMS 2002



Los datos sobre el acceso a medicamentos esenciales se basan en estimaciones estadísticas recibidas de las oficinas regionales y nacionales y de los asesores regionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o extraídas de la Encuesta Mundial sobre la Situación en materia de Medicamentos realizada en 1998-99. Tales estimaciones representan la mejor información con que cuenta hasta la fecha el Departamento de Medicamentos Esenciales y Política de medicamentos de la OMS y actualmente se hallan en proceso de validación por parte de los países miembros de la OMS. El departamento divide las estimaciones en cuatro grupos, ejemplos:

1. Acceso muy reducido (0 a 49% de la población)= **Nicaragua**
2. Acceso reducido (50 a 79%)= Guatemala
3. Acceso medio (80 a 94%)= Venezuela
4. Acceso óptimo (95 a 100%)= **España**

Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud		
Indicador	Valor Nicaragua	Valor España
PIB per. capita en dólares internacionales, 2001	2.027	21.351
Gastos totales en salud		
Gasto sanitario como % del PIB, 2001	7,8	7,5
Gasto total per. capita en salud al tipo de cambio oficial, 2001	60	1.088
Gasto total per. capita en salud en dólares internacionales, 2001	158	1.607
Gasto público en salud		
Gasto público en salud como % del gasto sanitario total, 2001	48,5	71,4
Gasto público en salud como % de los gastos generales Estado	17,9	13,6
Gasto público per. capita en salud al tipo de cambio oficial, 2001	29	778
Gasto público per. capita en salud en dólares internacionales	77	1.148
Fuentes de gastos de salud pública		
Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto público en salud, 2001	31,3	9,2
Recursos externos para la salud como % del gasto sanitario total	7,7	0,0
Gasto privado en salud		
Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total, 2001	51,5	28,6
Fuentes de gasto de salud privada		
Seguros médicos privados en salud como % del gasto privado en salud, 2001	4,0	14,1
Gasto directo en salud como % del gasto privado en salud, 2001	93,10	82,80

FUENTE.. OMS 2002

Otros indicadores de interés.		
Indicador	Valor Nicaragua	Valor España
Tasa de alfabetización adultos (%)	66,8	97,7
Niños con peso inferior al normal al nacer (%)	12	- (no significativo)
Tasa de uso de anticonceptivos (%)	60	81
Médicos por 100.000 habitantes	61	436
Población que vive con menos 1 US \$/ día (%)	82,3	- (no significativo)
Población que vive con menos 2 US \$/ día (%)	94,5	- (no significativo)
Coefficiente GINI ¹	60,3	32,5
Posición en lista de Índice Desarrollo Humano. IDH 2003 ²	121	19

FUENTE. IDH 2003. PNUD.

¹ El coeficiente GINI mide la desigualdad a lo largo de la distribución de los ingresos y consumo. Un valor de 0 sería de igualdad perfecta mientras que un valor de 100 sería de desigualdad perfecta.

² El informe IDH 2003 (Índice de Desarrollo Humano) presenta una lista de los 175 países presentes en la ONU. Los colocados del puesto 1° al 55° les corresponde un índice de desarrollo alto; los del 56° al 141° un índice de desarrollo medio; y los del puesto 142° al 175° un índice de desarrollo bajo.

En términos relativos la pobreza sigue siendo abrumadoramente rural. Dos de cada tres personas en el área rural son pobres, en comparación con una de cada tres personas en el área urbana. Existe por otra parte poco acceso a las infraestructuras y a los servicios públicos. Los datos muestran un acceso desigual a los servicios básicos y de infraestructura, entre las áreas urbanas y rurales. Cerca del 35% de la población todavía carece de agua potable. Cerca de un tercio de la población pobre no tiene ningún acceso a las letrinas, el 57% no tiene acceso a la electricidad y el 94% sólo utiliza leña para cocinar.

El país se encuentra en una situación epidemiológica, con una elevada tasa de mortalidad en general, mortalidad infantil de 36/1000 nacidos vivos, mortalidad materna de 143/1000 y una prevalencia importante de enfermedades transmisibles y parasitarias, según informe de OMS. Enfermedades de tratamiento sencillo como las enfermedades respiratorias y diarreicas se encuentran entre las principales causas de muerte infantil.

Al mismo tiempo se observa un incremento en enfermedades crónicas y degenerativas, propias en la tercera edad. A pesar de este hecho, se ha logrado un ligero aumento de la esperanza de vida estimado en 72,4 años para las mujeres y 67,9 para los hombres.

Las principales causas de morbilidad son: enfermedades infecto contagiosas, inmunoprevenibles, enfermedades hídricas, tuberculosis, enfermedades de transmisión vectorial (malaria y dengue), enfermedades de transmisión sexual y enfermedades no transmisibles como la diabetes y la hipertensión.

Según un informe del Ministerio de Salud, las cinco primeras fuentes de consulta en atención primaria son: Infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas y parasitarias, neumonías, infecciones renales e infecciones intestinales mal definidas. Las principales causas de hospitalización son partos, neumonía, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

La pobreza, el analfabetismo, la desnutrición y la ruralidad contribuyen a la problemática de mejorar la situación de salud en el país, agravado por la debilidad estructural de los servicios de salud y por la dependencia de la financiación externa para gastos corrientes.

El 27% de los niños pobres y el 36% de los extremadamente pobres sufren de desnutrición crónica. Los niños pobres son más susceptibles a tener baja estatura de acuerdo a su edad. Las mujeres pobres tienen mayores probabilidades de sufrir anemia y de experimentar violencia doméstica. Los niños que provienen de hogares extremadamente pobres, reportan tener mayor incidencia de enfermedades con una frecuencia del 50% mayor que la de los niños de hogares no pobres y cuando se enferman estos últimos tiene el 50% más de probabilidades de tener acceso a consulta con el personal de salud que los pobres.

La accesibilidad geográfica a los servicios de salud es aceptable en las áreas urbanas: la población que se encuentra a más de 30 minutos de camino a pie de una unidad de salud es de solo 13% en Managua y 8% en otras zonas urbanas del país. En el área rural la situación cambia radicalmente, ya que el porcentaje de población que se encuentra a más de dos horas de camino a pie de una unidad de salud es de 33% para hospital, 22% para centro de salud, 10% para puesto de salud y 26% para médico privado.

Aunque el MINSa ha definido los parámetros para medir la calidad de atención a la salud, aun no han sido desarrollados en su totalidad. Según datos de Ministerio de Salud de las personas que acuden al servicio público de atención no lo encuentra satisfactorio el 81,7% de las que van al Centro de Salud, y el 86% de las que van al Puesto de salud. En las encuestas a nivel rural estos porcentajes se elevan al 90%. Según este estudio, solo el 28.5% de las personas que se sintieron enfermas buscó atención. En un 18 % de los casos la población no demanda atención médica por falta de recursos financieros con los que poder adquirir tratamientos. Otro hecho importante que refleja la encuesta es que un alto porcentaje de personas, aproximadamente un 45% se automedicó.

Algunos inconvenientes a los que hace frente el Ministerio de Salud de Nicaragua tal y como se refleja en el “*Análisis del Sector Salud*” MINSa/ OPS, Marzo 2000, son: el crecimiento acelerado de la industria farmacéutica, el cual sobrepasa la capacidad de la institución, el déficit de recursos humanos técnicos y económicos, la falta de funcionamiento de la Comisión de Evaluación para el Registro de Productos Farmacéuticos, la selección de medicamentos y otros insumos médicos, y la falta de automatización de los procedimientos de evaluación para los registros.

La privatización de los servicios de salud continúa de manera desordenada con mentalidad mercantilista. El Estado no regula los servicios privados y el marco legal es deficiente. Nicaragua se enfrenta a un problema grave de equidad debido a que grandes sectores de la población no tienen acceso a los medicamentos a pesar de que estos constituyen un componente esencial del sistema moderno de atención de salud.

El desabastecimiento de medicinas en las unidades de salud y hospitales del MINSa ha alcanzado sus máximos niveles en estos últimos años. Según datos del Ministerio de Salud se calcula que el 50% de la población no tiene acceso a los medicamentos de la Lista de Medicamentos Esenciales del MINSa de manera que un alto porcentaje de la población tiene que acudir a las farmacias comerciales (concentradas en zona urbanas y cabeceras departamentales), donde el costo de los medicamentos es muy elevado (son los precios más altos de Centroamérica) lo cual limita también su acceso. Por tanto, se hace necesario la implantación de medicamentos genéricos para incrementar el acceso de la población a los insumos médicos.

Las limitaciones presupuestarias y organizativas del Ministerio de Salud (MINSA) restringen la cobertura y sobretodo la calidad de la atención, persistiendo el problema crónico de desabastecimiento de insumos médicos en las unidades de salud, tanto en puestos de salud como centros de salud, lo que conlleva a que la gente se vea obligada a tener que comprar los medicamentos a precios excesivos en las farmacias privadas después de desplazarse largas distancias o en las “pulperías” (comercios minoristas) donde el número de medicamentos es reducido y de dudosa procedencia.

Un aporte importante para el sector público han sido las donaciones de insumos médicos, que representan hasta el 40% del presupuesto total del Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud para el periodo 2000-2004, cuenta con una programación de recursos externos ya convenidos con la Comunidad Internacional. Por otro lado hay poca disponibilidad de los laboratorios y distribuidoras de medicamentos para abastecer al MINSA ante la falta de capacidad de la institución en saldar la deuda ya contraída.

La cada vez más creciente inaccesibilidad de la población hacia los medicamentos se agrava ante el incremento semestral de los precios (del 6 al 8%) por el ajuste monetario ante la devaluación monetaria. A esta situación de falta de acceso, se agrega las masivas campañas promocionales de los laboratorios y distribuidoras de medicamentos tanto en el sector médico privado como institucional en un mercado cada vez más grande de productos comerciales, no esenciales y caros, induciendo a la prescripción y uso irracional de los medicamentos.

La industria farmacéutica ha experimentado un elevado crecimiento en los últimos diez años, la oferta de productos farmacéuticos ha crecido en 4,5 veces, las importadoras y distribuidoras han proliferado en 3,5 veces y el número de farmacias privadas se ha multiplicado por 4. En el 2001 se encontraban registrados 12.564 medicamentos, siendo tan solo un 24,66% de éstos medicamentos, genéricos.

Se estima que el 15% del mercado farmacéutico no tienen registro sanitario de la Dirección de Farmacia del MINSA y que entre el 10-15% maniobra de forma ilegal.

Aunque la oferta de medicamentos es muy amplia, ésta no atiende las necesidades más urgentes de la población. Se ha facilitado la existencia de un mercado abierto y competitivo que se caracteriza por la disponibilidad de medicamentos vendidos bajo una multitud de marcas comerciales que a su vez, estimula a los doctores a diferenciar los productos. La proliferación de productos “similares” con diversidad de marcas comerciales estimula la confusión terapéutica, complica los sistemas de suministro y crea dificultades a las autoridades sanitarias para garantizar la calidad.

A diferencia de otros sectores económicos, en los que la multiplicidad de ofertas estimula la competencia y se traduce en incremento del bienestar, en el caso de los medicamentos, su proliferación representa una menor seguridad para el usuario por productos de dudosa eficacia y una mayor confusión tanto de prescriptores como de consumidores.

El medicamento viene siendo considerado cada vez más como un elemento de consumo, y no como un constitutivo primordial de los programas de recuperación de la salud y de prevención de la enfermedad. Las deficiencias de información veraz e imparcial, generan irracionalidad en la prescripción y el consumo. Según un informe del Banco Mundial de 1995 los cinco productos de mayor venta a nivel nacional en Nicaragua fueron: 1° *Neurobion* (multivitaminas), 2° *Voltaren* (Antiinflamatorio no esteroideo), 3° *Ciproxina* (Antibiótico), 4° *Lexotan* (Benzodiacepina) y por último *Cataflán* (Antiinflamatorio no esteroideo).

DENTRO DE ESTE CONTEXTO SE ENMARCA LA VENTA SOCIAL DE MEDICAMENTOS

Se ubica en el área rural y semiurbana de Nicaragua, donde la atención sanitaria es muy precaria. La pobreza y situación de aislamiento de las comunidades rurales impiden acceder a los medicamentos, tanto económica como geográficamente, en unas condiciones justas y con garantías.

Algunas de las causas principales que provocan esta situación, como hemos comentado anteriormente, son:

- El insuficiente presupuesto (porcentaje del presupuesto anual del gobierno asignado al sector salud es de 7,8%).
- La debilidad de las infraestructuras de la red sanitaria institucional.
- Los elevados precios de los medicamentos respecto al nivel de vida de la población.
- La falta de profesionales sanitarios y de canales de distribución de medicamentos en las zonas rurales.

Como resultado de esto una parte importante de la población accede a mercados alternativos de venta de medicamentos, en los que los suministradores no tienen conocimientos acerca del uso de los medicamentos y no se responsabilizan de su calidad (pulperías, mercados..), potenciándose además la automedicación.

El elevado precio de los medicamentos en relación con el poder adquisitivo de la población y la excesiva e irracional prescripción de especialidades farmacéuticas por parte de los profesionales de salud, provocan que los pacientes en muchas ocasiones no puedan comprar todos los medicamentos recetados, que obtengan solo una parte de ellos o que decidan no adquirirlos, lo cual se traduce en un aumento y complicación de la morbilidad así como de la mortalidad. Como medidas para promover el uso racional de los medicamentos consiste en proveer de información científica de calidad a prescriptores, pacientes y usuarios.

En el mejor de los casos estos problemas dan lugar al gasto excesivo y en el peor de los casos conducen a consecuencias indeseables para la salud. Por todas estas razones son muy importantes las actividades que promueven el uso racional de los medicamentos.

El uso irracional de los medicamentos es generalizado. Por su parte, la prescripción irracional puede conducir a gastos farmacéuticos mayores debido a la inclusión de productos innecesarios o inapropiados, productos innecesariamente costosos, dosis extremadamente altas o periodos largos de tratamiento. En muchos países en desarrollo como Nicaragua las prescripciones de cinco medicamentos a la vez son comunes. Además es importante señalar que el gasto farmacéutico podría reducirse hasta en un 70% si se cumplieran los tratamientos, además de la aparición de fármacos resistencias que conlleva el incumplimiento de la terapia de tratamiento.

De acuerdo a la última versión de la Estrategia Reforzada de Crecimiento económico y reducción de la Pobreza (ERCERP) en Nicaragua, publicada en julio del 2001 por la Secretaría Técnica de la Presidencia de la República, la pobreza global es del 60% y la pobreza extrema del 33% , se observa que el acceso a los servicios sociales de los más pobres es limitado y de bajo nivel.

Específicamente en el caso de la salud, el documento de ERCERP anota la baja calidad y el difícil acceso de los pobres a los servicios de salud. En promedio, los extremadamente pobres deben viajar 3 veces la distancia y dedicar 3 veces más de su tiempo para llegar a las instalaciones de salud que los hogares no pobres. Los niños extremadamente pobres se enferman con una frecuencia 50% mayor que los niños no pobres, y cuando están enfermos, el acceso para ser atendidos por un médico es la mitad que los no pobres. En el caso de las mujeres, un tercio de las mujeres extremadamente pobres no recibe ninguna atención prenatal y la mitad de ellas dan a luz a sus bebés fuera de los hospitales y clínicas. En cuanto a la nutrición, más del 30% de la población infantil pobre y el 40% de la población infantil extremadamente pobre están desnutridos. Estos son algunos de los índices que relacionan Pobreza y Salud.

En el sector salud, dentro del enfoque de la ERCERP se está llevando a cabo una reforma, la estrategia se concentra en aumentar la cobertura y calidad de los servicios a mujeres, niños y adolescentes, y promover cambios en la conducta a nivel doméstico. La mayor cobertura se centrará en el nivel primario, donde los sectores más pobres de la población tiene la máxima necesidad de servicios de salud.

Tal y como ha señalado el Banco Mundial, lo que ha fallado no es el sistema o la estrategia sino la implementación. Las mejores prácticas administrativas y nuevas formas de prestar servicios en las áreas remotas serán las claves del éxito en esta área. Como señala la ERCERP, como complemento, habrá sistemas alternativos para comprar y distribuir medicamentos, donde el proyecto de Farmacéuticos Mundi se enmarca perfectamente ya que uno de los *objetivos es precisamente el que la población de bajos recursos tenga acceso a medicamentos esenciales de calidad mediante establecimientos alternativos a las farmacias comerciales.*

Otra forma clave para mejorar la salud de los pobres, es propiciando cambios en sus hábitos cotidianos. Muy a menudo se desperdiciaron los esfuerzos previos de asistencia debido a conductas anómalas o inadecuadas. Los programas de educación se desarrollarán, entonces, a nivel comunitario y doméstico, así problemas de salud tan graves como la desnutrición, la mortalidad infantil, mortalidad materna, las enfermedades transmisibles, muchas enfermedades crónicas...dependen primariamente de la educación de estas comunidades, del acceso al agua potable, del status de la mujer en estas comunidades, etc. El proyecto también encuentra coincidencias con esta estrategia prevista por el Gobierno ya que uno de sus pilares fundamentales *es la educación y sensibilización a las comunidades*.

En Nicaragua la mujer ha sido tradicionalmente la clave para la salud y la educación familiar, su papel es fundamental dentro del campo sanitario. Las mujeres desempeñan una doble función: prestan y usan atención sanitaria. La mayoría de los trabajadores de salud son mujeres. Deja su papel como receptora pasiva del desarrollo, para pasar a ser el principal actor, haciendo más uso de los servicios de salud, incluso toman más medicinas que los hombres. Ellas son las proveedoras informales de los cuidados de salud en la familia y son receptoras y multiplicadoras de buenos consejos en el uso racional de medicamentos.

Muchas de las personas que se ocupan de las VSM son mujeres (> del 80%) y a su vez son parte de las estructuras comunales de decisiones (Comités Locales), promoviendo un cambio en la distribución de poderes con el objetivo de alcanzar una posición de igualdad.

Principales problemas detectados (análisis DAFO)

Aún hay mucha población que queda sin acceso económico, geográfico y educativo a medicamentos esenciales. (*Sostenibilidad social*)

- Comprar medicamentos comerciales en farmacias privadas significa un gasto enorme para la población de bajos recursos.
- Por otro lado mucha población en áreas distantes, generalmente los extremadamente pobres, tienen que viajar y gastar mucho dinero en transporte para conseguir sus medicamentos y no siempre los encuentran.
- A pesar de ciertos esfuerzos tanto del MINSA como de ONGs, existen aún muchas creencias y malos hábitos en la población respecto al uso de los medicamentos. Suponen cambios estructurales profundos y necesitan de un tiempo suficiente y de intervenciones sostenidas en el tiempo para constituirse en realidades en la sociedad.
- La calidad de atención y las buenas prácticas de despacho son una prioridad en nuestra Red de VSM, siempre mejorables.

La comunicación y la organización entre los diferentes organismos y instituciones que trabajan con medicamentos es aún deficiente. (*Sostenibilidad organizativa*)

- Existen esfuerzos con comités locales en algunos municipios, en la propia red y a través del Comité Interinstitucional de Medicamentos Esenciales - COIME para tener una organización más eficiente y una comunicación más fluida entre los diferentes actores. Sin embargo, estos aspectos pueden mejorar mucho más, ya que son muy importantes para una red eficiente y sostenible. La COIME está en un proceso de fortalecimiento e institucionalización reuniendo cada vez a más actores.
- La coordinación con el MINSA sobre todo a nivel de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) y a nivel central ha sido más difícil, principalmente por el contexto político y social. En el contexto actual ya se han dado indicios de un cierto cambio hacia una apertura y aceptación de aportes de la sociedad civil en pro de lograr una mejoría en sus precarias condiciones de vida.

Aún no existe un consenso de reglamentación específica para la red de las VSM entre los diferentes Organismos y el Ministerio de Salud. (*Sostenibilidad legal*)

- A pesar de varios esfuerzos de acercamiento y de negociación por parte de ciertos organismos, el MINSA no se ha definido sobre las VSM. Existe una propuesta de reglamentación específica para el funcionamiento de las VSM por parte de la COIME (en donde trabajamos activamente), pero aún no hay una respuesta clara y definitiva.
- Falta hacer un trabajo de debate y promoción con diputados de la Asamblea Nacional para promover y discutir esta reglamentación específica .

El programa de medicamentos no ha alcanzado una sostenibilidad económica del 100%. (*Sostenibilidad económica*)

- Tomando en cuenta todos los gastos (incluye inversiones / depreciaciones; actividades de capacitación y supervisión...) relacionados con este programa, se alcanza actualmente una sostenibilidad del 58%.
- Tomando en cuenta todos los gastos, menos aquellos relacionados con la capacitación y la supervisión, se alcanza actualmente una sostenibilidad financiera de 76%.
- Tomando en cuenta solamente los gastos relacionados con funcionamiento operativo que incluye gastos de personal y gastos logísticos, el programa logra en estos momentos una sostenibilidad financiera de 85%.
- Se necesita un mayor stock de medicamentos para resolver nuevas solicitudes de organismos o proyectos que se integrarán a la Red.

*Dentro del contexto descrito surgen las Farmacias Comunitarias, actualmente reconocidas como Ventas Sociales de Medicamentos (según la definición del **Comité Interinstitucional de Medicamentos Esenciales de Nicaragua- COIME**) que tienen como objetivo fundamental ofrecer a la población un abastecimiento alternativo de medicamentos esenciales genéricos, de calidad y a bajo costo, y lograr el uso racional de los mismos, como complemento de los esfuerzos que desarrolla el MINSA para poner el medicamento al alcance de la población con menos recursos y con los índices más altos de morbimortalidad en el país. Ésta fórmula de actuación se está implementando de forma coordinada entre las organizaciones locales y Farmacéuticos Mundi desde 1.999.*

Las VSM son una alternativa para el acceso a los medicamentos de colectivos de escasos recursos, para poder hacer efectivo el derecho a la salud, frente a otros intereses de tipo lucrativo que tienen las Farmacias Privadas o Comerciales, ante la imposibilidad por parte de la unidades de salud del MINSA de proporcionar el medicamento. El uso generalizado de medicamentos esenciales y genéricos garantiza el manejo de un conjunto de productos de comprobadas ventajas, tanto para optimizar el tratamiento terapéutico de las patologías de mayor impacto social, como para racionalizar sus costos.

Resultados implementación VSM

En la implementación de la red de VSM, como Objetivo General tenemos la mejora y promoción de la salud en la población del área rural y semirural de Nicaragua.

Los resultados obtenidos se resumen:

1. La población beneficiaria es aproximadamente de 650.000 personas en diferentes departamentos de Nicaragua, que tienen acceso económico a medicamentos esenciales y en función de sus necesidades.
2. La red se encuentra ubicada en áreas rurales y semirurales cerca de los servicios sanitarios del Ministerio de Salud para facilitar el acceso geográfico de la población a los medicamentos esenciales.
3. Mejora de la educación en salud promoviendo el uso racional del medicamento, modificando conductas erróneas y aumentando los conocimientos de la población beneficiaria.
4. Formación y capacitación de dispensadores /as, aplicación de buenas prácticas de dispensación y consejos a la población, mejorando la gestión de la red.
5. Fortalecimiento del programa de medicamentos esenciales, mediante una buena y fluida comunicación entre los diferentes actores implicados.
6. Regulación consensuada con todos los Organismos Locales y por el Ministerio de Salud, sobre las ventas sociales de medicamentos.
7. Mayor sostenibilidad económica del programa de medicamentos esenciales.

Farmacéuticos Mundi y las entidades locales basándose en la creación de fondos rotatorios de medicamentos han implementado una Red de Distribución de Medicamentos que si bien no es autosostenible en un 100%, tampoco se descapitaliza manteniendo su oferta de medicamentos esenciales a precios sociales desde 1.999. En lo que a análisis de sostenibilidad se refiere ambas organizaciones coincidimos en que para lograr la autofinanciación es imprescindible adquirir mayor cuota de mercado (esta ampliación ya está siendo solicitada por otras organizaciones que quieren incorporarse a la Red). De esta forma, junto con el resto de actividades planificadas en esta propuesta se conseguirá un incremento en la capitalización de la Red del 15 %. Esto supondrá un 100 % de autosostenibilidad en lo que a gestión operativa directa se refiere.

Beneficiarios ¿ A qué colectivos de personas se dirige el proyecto ?

- Población de pocos recursos económicos – dificultad de acceso geográfico :

Alrededor de 650.000 habitantes son beneficiados por este proyecto con el acceso geográfico, económico y educativo de una manera permanente a medicamentos esenciales a bajo costo.

La población que acude a las VSM también puede acceder al servicio gratuito de toma de la presión arterial por parte de dispensadoras/es específicamente capacitadas/os con lo cual mejoran la atención de la salud de los comunitarios y complementan la atención de salud del MINSA. Por otra parte, tres VSM son beneficiadas con un aparato medidor de la glucosa en sangre, con lo cual, pagando un precio módico la población diabética puede efectuar sus controles más regularmente e incluso detectarse nuevos casos con lo que disminuye el subregistro de esta enfermedad.

- Dispensadores (as) de las VSM y Botiquines ampliados :

Los dispensadores /as de la Red recibirán un proceso periódico de capacitación y supervisión, enfocado en las buenas prácticas de dispensación y una administración eficiente y transparente. Además de ser un referente de salud en sus comunidades, su salario mensual servirá para sostener su familia. Muchas de ellas son madres solteras con hijos (as).

- Prescriptores /as y la Institución MINSA :

Muchos de los prescriptores /as trabajan en los servicios de salud del MINSA. Para el prescriptor /a la disponibilidad de medicamentos esenciales es una garantía para una buena atención integral y completa. La buena coordinación entre el MINSA y la red de las VSM garantizará una buena cobertura de atención a los pacientes. Aunque el MINSA no tiene medicamentos, los pacientes llegarían a sus servicios porque saben que podrían comprar sus medicamentos en la VSM cercana al precio más favorable del mercado nacional..

- Prosalud, Acción Médica Cristiana y los organismos :

Tanto Prosalud, Acción Médica Cristiana, como los organismos participantes en la COIME serán beneficiados por este programa, ya que garantiza contribuir a un enfoque y desarrollo más justo del sistema de salud.

- Comunitarios. Personal local de referencia en temas de salud.

Se realizan talleres comunitarios trimestrales, a los que asisten promotores /as de salud y parteras que pertenecen a comunidades de cada uno de los municipios y que serán a su vez multiplicadores de información en sus respectivas comunidades, con lo cual se accede a un mayor número de población beneficiada indirectamente.

Posibles PERJUDICADOS por el proyecto.

No se contemplan perjudicados en el proyecto puesto que la Red de Distribución de Medicamentos tiene como beneficiarios aquella población que bien por:

- ❖ Su situación geográfica.
- ❖ Su nivel de renta.

No tiene acceso a tratamientos farmacéuticos de calidad. Así pues, se trata de hacer el medicamento accesible geográficamente y económicamente a la población beneficiaria y en ningún caso se trata de una alternativa más a la oferta de medicamentos nacional, por lo que no se plantea competencia con las farmacias privadas nacionales.

Por otra parte tampoco existe competencia con la industria farmacéutica nacional puesto que es ésta misma la que provee de insumos farmacéuticos ya que la legislación vigente no permite la importación de medicamentos si no es en concepto de donación (en ningún caso es permitida para la creación de fondos rotatorios).

Impacto en la población.

Las personas que atienden las VSM y los promotores de salud encargados de los Botiquines Ampliados y Comunitarios pertenecen a la comunidad. Siempre se trabaja con personas de las propias comunidades, lo que asegura la implicación en el proyecto y su permanencia.

La población beneficiada directamente es la población residente en las comunidades donde se encuentran las VSM y donde están ubicados los Botiquines. No se plantean perjudicados puesto que la medicación es comprada en el país a la industria nacional y no se compite con las farmacias privadas puesto que los beneficiarios del proyecto, por carecer de recursos económicos, no son clientes de las mismas.

Las organizaciones locales aseguran el acceso futuro de los beneficiarios a los medicamentos porque siempre va a mantener los precios al menos un 50 % más baratos que en las farmacias privadas.

El proyecto cuenta con un fuerte componente formativo: Farmacéuticos Mundi y las entidades locales son conscientes de la necesidad no sólo de suministrar medicamentos a la población que los necesite, sino también de la necesidad de un uso adecuado de los mismos. En este sentido, dispensadores /as, líderes y promotores de salud, y demás personal colaborador es capacitado en la promoción del uso racional de los medicamentos. Este personal a su vez juegan el papel de multiplicadores de información frente a la población a la que atienden.

En el marco de desarrollo integral marcado por el gobierno de Nicaragua, la sanidad juega un importante papel. El Ministerio de Salud (MINSAL) a través de los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS) existentes en cada departamento del país, identifica como uno de los problemas principales en la salud de la población rural la insuficiente accesibilidad a los Servicios Básicos de Sanidad. En este sentido, propone como alternativas de solución a este grave problema, incrementar coordinaciones con otras instituciones y O.N.G.'s que trabajen en el ámbito de la promoción sanitaria.

El 4 y 5 de febrero de 1.999 fue publicado en la Gaceta del Diario Oficial, en los números 24 y 25, el Reglamento de la Ley 292. Ley de Medicamentos y Farmacia. En el artículo n° 54 del Decreto n° 6 – 99 se establece:

“Con el objetivo de aumentar la cobertura de medicamentos básicos de calidad y a bajo precio a la población, se autoriza la apertura y funcionamiento de servicios de distribución de medicamentos de proyectos sociales sin fines de lucro, ubicadas en zonas urbanas precarias donde no exista el servicio y en zonas rurales, autorizadas por la Jefatura departamental de farmacia del SILAIS correspondiente, en coordinación con la Dirección de Formación de Insumos y Farmacias.”