UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

"Racionalización del gasto farmacéutico de las atenciones ambulatorias realizadas en los sistemas médicos de la universidad San Francisco de Quito (sime-usfq), Quito, marzo 2011"

Tesis de grado

Autor:

Meza Bolaños, César Ramiro, Dr.

Directora:

Velasco, María de Lourdes, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2013

Certificación

Doctora.

María de Lourdes Velasco

DIRECTORA DE TESIS DE GRADO

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado: **"**Racionalización del gasto farmacéutico de las atenciones ambulatorias realizadas en los sistemas médicos de la universidad San Francisco de Quito (sime-usfq), Quito, marzo 2011**"** realizado por el profesional en formación: Meza Bolaños César Ramiro; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Quito, marzo del 2013

……

Dra. María de Lourdes Velasco

Autoría

Todos los criterios, opiniones y afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad del autor.

Quito, marzo del 2013

(f)----------

Cesión de derecho

"Yo, Meza Bolaños César Ramiro declaro ser autor (a) de la presente tesis y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad"

f. .....
Autor**:** Meza Bolaños César Ramiro
Cédula 1709982597

DEDICATORIA

A mi querida familia: Tatiana, Fiorella y Julián cuyo apoyo moral ha impulsado la consecución de este trabajo; a mis padres, hermanos, sobrinos y de manera especial a mi querida tía Mery y mi abuelita María quienes han sido un ejemplo de superación, y finalmente al entorno del aseguramiento de la salud como uno de los puntales del acceso a la salud de calidad y calidez.

El Autor

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de maestría en Gerencia Integral de la Salud para el desarrollo local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y la capacitación personal.

A los Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco de Quito y sus autoridades por la apertura y colaboración prestada en la feliz consecución del presente trabajo.

El Autor

AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL

Sistemas Médicos
UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Quito, 04 de agosto de 2011

AUTORIZACIÓN

SIME-USFQ (Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco de Quito), autoriza al Dr. César Ramiro Meza Bolaños, CI 1709982597, a presentar y realizar el Proyecto de Tesis:

Racionalización del gasto farmacéutico de las atenciones ambulatorias realizadas en los Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco de Quito (SIME-USFQ) enero a marzo 2011.

Atentamente,

Sistema Médicos de la USFQ

Ing. Miguel Andrade Melo
Director Comercial
SIME USFQ

Cumbayá: Telfs.: (593-2) 297 1912, 13, 16 Cel.: 098 303 691 Fax: (593-2) 289 4789
Casilla Postal: 17-12-841, E-mail: clinicausfq@usfq.edu.ec
Los Chillos: Av. Gral. Enríquez y Av. Ilaló, sector El Triángulo. Telf.: 286 2298, 286 6401
Cel.: 092 717 327 286 7059 E-mail: usfq-simechillos@usfq.edu.ec
Quito: Noruega N33-C y Suiza Edif. Coopseguros PB. Telfs.: 292 1620, 292 3588
Cel.: 084 534 943 Email: usfq-simeuio@usfq.edu.ec

ÍNDICE DE CUADROS Y APÉNDICES

		Pág.
CUADRO 1	Número de atenciones por ciudad de enero a septiembre del 2010	35
CUADRO 2	Porcentaje de atenciones con receta de mayo a septiembre del 2010	36
CUADRO 3	Costo promedio de la receta de mayo a septiembre del 2010	36
CUADRO 4	Productos de mayor gasto de mayo a septiembre del 2010	37
GRÁFICO 1	Porcentaje del gasto por tipo de medicamento mayo a septiembre del 2010	38
GRÁFICO 2	Porcentaje del gasto por producto genérico mayo a septiembre 2010	38
GRÁFICO 3	Número de ítems por receta mayo a septiembre 2010	39
CUADRO 5	Cuadro básico institucional SIME-USFQ	75
GRÁFICO 4	Comportamiento porcentual del gasto en genéricos marzo a octubre 2011	79
GRÁFICO 5	Comportamiento porcentual del gasto en medicamentos de marca marzo a octubre 2011	80
CUADRO 6	Costo promedio de la receta marzo a octubre 2011	81
GRÁFICO 6	Porcentaje del gasto por prestadores marzo a octubre 2011	81
CUADRO 7	Gasto por prestadores marzo-octubre 2011	82
CUADRO 8	Número de ítems por receta marzo a octubre 2011	82
CUADRO 9	Gasto en genéricos marzo a octubre 2011	83
CUADRO 10	Gasto en productos de marca marzo a octubre 2011	84
CUADRO 11	Número de recetas emitidas (transacciones realizadas) marzo a octubre 2011	84
IMAGEN 1	Minuta de reunión centro médico SIME-USFQ- los	86

chillos

IMAGEN 2 Minuta de reunión centro médico SIME-USFQ-cumbaya 87

IMAGEN 3 Minuta de reunión centro médico SIME-USFQ-cumbaya 88

GRÁFICO 7 Diagrama de control del gasto 90
gasto-costo promedio de receta-uso de genéricos

GRÁFICO 8 Diagrama de control del gasto 91
costo promedio de receta-uso de marca y genéricos

GRÁFICO 9 Diagrama de control del gasto 92
costo promedio de receta-ítems y unidades por receta

APENDICE 1 Autorización 113

APENDICE 2 Minuta de reunión: Sime – quito 114

APENDICE 3 Minuta de reunión: Sime - los chillos 116

APENDICE 4 Minuta de reunión: Sime – cumbaya 118

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	Pág.
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de Derecho	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Autorización	vii
Índice de cuadros y apéndices	viii
Índice de contenidos	x
1. RESUMEN EJECUTIVO	12
2. ABSTRACT	14
3. INTRODUCCIÓN	16
4. PROBLEMATIZACIÓN	19
5. JUSTIFICACIÓN	23
6. OBJETIVOS	25
6.1 Objetivo General	26
6.2 Objetivos Específicos	26
CAPITULO I	
7. MARCO TEÓRICO	28
7.1 Marco Institucional	29
7.1.1 Aspecto Geográfico	31
7.1.2 Dinámica Poblacional	32
7.1.3 Misión	32
7.1.4 Visión	32
7.1.5 Valores	32
7.1.6 Organigrama	33
7.1.7 Medición de la línea de base	33
7.2 Marco Conceptual	39
7.2.1 Importancia del gasto farmacéutico y su	

racionalización 39
7.2.2 Precio, disponibilidad, asequibilidad de los medicamentos en el Ecuador 41
7.2.3 Política Nacional de Medicamentos 45
7.2.3.1 Accesibilidad a los medicamentos 46
7.2.3.2 Precios de los medicamentos 47
7.2.3.3 Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos 49
7.2.3.4 Medicamentos genéricos 50
7.2.3.5 Uso racional de medicamentos 51
7.2.4 La calidad de la prescripción 51
7.2.5 Aseguramiento de la salud 54
CAPITULO II
8. DISEÑO METODOLÓGICO 56
8.1 Matriz de involucrados 58
8.2 Árbol de Problemas 60
8.3 Árbol de objetivos 61
8.4 Matriz del marco lógico 62
CAPITULO III
9. RESULTADOS 71
9.1 Resultado 1 72
9.2 Resultado 2 78
9.3 Resultado 3 83
9.4 Resultado 4 89
9.5 Resultado 5 92
10. ANÁLISIS 95
10.1 Análisis del fin 96
10.2 Análisis del propósito 96
10.3 Análisis general 97
10.4 Análisis de los resultados esperados y el indicador 100
11. CONCLUSIONES 101
12. RECOMENDACIONES 104
13. BIBLIOGRAFÍA 108
14. APÉNDICES 112

1. RESUMEN EJECUTIVO

Para el Ecuador el 28% del gasto de la atención de salud corresponde a los medicamentos que es elevado al compararlo con países como Colombia con el 18%, Costa Rica 16% y Argentina 19%. Este gasto provoca un desembolso de al menos 720 millones de dólares anuales para nuestro país. En las empresas de asistencia médica, aseguradoras y prepagas de salud la situación no es diferente con una espiral de costos que ponen en riesgo la sostenibilidad de sus sistemas sanitarios de atención.

Esta problemática permitió el planteamiento y desarrollo del presente trabajo.

Racionalización del gasto farmacéutico de las atenciones ambulatorias a los pacientes atendidos por el Sistema de Atención Médica de la Universidad San Francisco de Quito mediante la implementación de un modelo con la prescripción de productos alternativos de menor costo sin perjudicar el correcto, oportuno y eficaz restablecimiento de sus pacientes.

La racionalización del gasto farmacéutico durante el periodo marzo a octubre del 2011 produjo un ahorro del 47.8%; aportando al mantenimiento de un Sistema de Atención a costos bajos, base para la obtención de nuevos afiliados.

2. ABSTRACT

For Ecuador 28% of spending is for health care medicines is high when compared with countries like Colombia with 18%, Costa Rica 16% and Argentina 19%. This expenditure results in a disbursement of 300 million dollars annually for our country. In health care companies, insurers and prepaid health situation is no different with spiraling costs threatening the sustainability of their health care systems.

This problem led to the planning and development of this work. Pharmaceutical expenditure of outpatient care to patients served by the Health Care System of the Universidad San Francisco de Quito by implementing a model by prescribing lower-cost alternatives without compromising the correct, timely and effective restoration of their patients.

The pharmaceutical expenditure for the period March to October 2011 was a saving of 47.8%, contributing to the maintenance of a System of Care for low cost, the basis for obtaining new members.

3. INTRODUCCIÓN

La sostenibilidad del financiamiento de los Sistemas Sanitarios es una preocupación de primer orden en todas las sociedades la misma que se acentúa en los momentos de crisis económica. El gasto sanitario tiene una tendencia de crecimiento independiente a los ciclos económicos y el gasto en medicamentos es tradicionalmente uno de los principales responsables (9).

Según el diario electrónico, el médico interactivo, la evolución del gasto farmacéutico en España es el resultante de la suma de dos componentes: el número de recetas generadas y el costo de las mismas. Estos componentes en el 2003 situaron al crecimiento anual en el 12.15% con una cifra de 8941 millones de euros (5).

Para el Ecuador el 28% del gasto de la atención de salud corresponde a los medicamentos, lo que supone un desembolso de al menos 300 millones de dólares anuales de los cuales por lo menos 8 millones corresponden al gasto anual de aseguradoras y prepagas de salud. Este gasto en medicamentos, es considerado como elevado cuando se lo compara con otros países como Colombia con el 18%, Costa Rica 16% y Argentina 19% (10).

En el ámbito de las empresas de asistencia médica, estas tradicionalmente usan un modelo clásico de libre elección de médicos y establecimientos para la atención médica por parte de sus afiliados y el posterior reembolso parcial del costo de estas atenciones por parte de las aseguradoras en función de las excepciones contractuales. La espiral de costos a que este modelo clásico conduce, conlleva a idear mecanismos de disminución del gasto en medicamentos que se plasmen en modelos de atención gestionada que incluyan el uso racional de medicamentos en especial en los médicos de las compañías de seguro y las redes médicas asociadas (4).

Adicionalmente, el modelo clásico mencionado ha provocado un sub-registro de información del gasto en medicamentos, una alta carga operativa de verificación y auditoria, una deficiente utilización de prestadores de servicios

médicos, un deficiente aprovechamiento de alianzas con prestadores médicos en donde se genera un conformismo por parte de las aseguradoras al obtener descuentos en el costo de las consultas médicas sin medir ni controlar la efectividad de estas alianzas.

Para los Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) el gasto en medicamentos en el 2010 representó el 40% del gasto del total de la atención de salud con una tendencia cada vez más elevada a pesar de contar con una red de médicos propia y asociada. Incremento que influye de manera negativa en la sostenibilidad del financiamiento de su sistema de atención y que permitió proponer el establecimiento de un modelo basado en el uso racional de medicamentos; priorizando la prescripción de aquellos de menor costo, sean genéricos o de marca y a la reducción del abanico de posibilidades terapéuticas mediante la elaboración e instauración de un cuadro básico de medicamentos institucional sin olvidar el oportuno restablecimiento de la salud de los pacientes quienes deben acceder a un tratamiento acorde a sus morbilidades ambulatorias y en la cantidad que permita su restablecimiento.

La racionalización del gasto en medicamentos se hizo factible tras el análisis de la situación de base medida en el costo promedio por receta, el porcentaje de utilización de medicamentos de marca, el uso de genéricos y el número de ítems por receta; lo que nos permitió establecer metas de gestión en el control del gasto con una reducción esperada de al menos el 30% y la instauración de un modelo de seguimiento de las metas planteadas a través de la revisión periódica de los indicadores básicos como el costo promedio por receta, la utilización porcentual de genéricos, la utilización porcentual de productos de marca y el número de ítems y unidades por receta; pudiendo llegar a medir el comportamiento o perfil de prescripción por red de médicos e incluso por prescriptor. Este seguimiento permitirá mantener los logros alcanzados en el tiempo y así contribuir desde el ámbito de la utilización de medicamentos, al sostenimiento del Sistema de Atención de los Sistemas Médicos de la USFQ.

4. PROBLEMATIZACIÓN

Existe un alto gasto en medicamentos en especial en el sector privado de seguros donde prima la libre elección de tratamientos en los diferentes planes de atención médica. A su vez no se disponen de estudios pormenorizados de la utilización de medicamentos debido a sub-registro de información que se cataloga únicamente como gasto en medicina ambulatoria sin niveles de desagregación que permitan la intervención y toma de decisiones sobre los prestadores de la salud.

Esta desinformación provoca una falta de interés por disminuir el gasto en medicamentos, el desarrollo de un espíritu conformista caracterizado por obtener únicamente descuentos y promociones por parte de los prestadores médicos y los proveedores a través de rebajas de consultas o la obtención de un rebate por los medicamentos consumidos; es decir una escasa, inadecuada o nula gestión administrativa del consumo en medicamentos ambulatorios.

Los esquemas terapéuticos caros contribuyen también al alto gasto en medicamentos; estos esquemas incluyen medicamentos de última generación, polifarmacia, altos niveles de exposición terapéutica en tiempo y espacio que muchas veces provocan deserción de tratamientos, la aparición de reacciones adversas a los medicamentos (3 medicamentos en una receta suponen una tendencia de 9 veces a adquirir una reacción adversa); es decir un inadecuado abordaje de la situación del paciente en donde prima un uso indiscriminado de métodos auxiliares de diagnóstico y la prescripción de medicamentos en función de contrarrestar la presencia de signos y síntomas y no a tratar el problema base.

Este comportamiento ha hecho que los niveles de gasto en salud y en especial de fármacos en nuestro país sea porcentualmente más elevados que los países de similar comportamiento epidemiológico como Colombia, Costa Rica o Argentina.

Ahora bien los esquemas terapéuticos caros pueden responder a gastos promocionales y retribuciones que pudieran recibir los prescriptores desde las empresas farmacéuticas auspiciantes y que deberán ser pagados por el cliente final (17); sea este, el estado, las aseguradoras o prepagas de salud o los pacientes quienes poco o nada puede hacer bajo este esquema tradicional con tendencia al consumismo y que se contrapone al espíritu universal y gubernamental de la accesibilidad a una atención de salud eficiente, eficaz y al menor costo posible (7). Consumismo que se refleja en nuestro país en el exiguo gasto en medicamentos genéricos; apenas del 4 al 5%, mientras que países como Holanda llega al 60% y en Inglaterra al 30% (11). En estos países la cooperación del Cuerpo Médico es vital; en donde los consumidores a través de una correcta e imparcial difusión recibida, cada vez más solicitan genéricos en las farmacias; lo que no sucede en nuestro país en donde el primer detractor en el uso de medicamentos genéricos es el prescriptor quien se ve vulnerado en sus intereses particulares y promocionan una tergiversada imagen de los genéricos.

A todo esto se suma también la incompetencia gubernamental en el control de los medicamentos tanto de marca, cuanto genéricos; lo que también incentiva un fuerte espacio para la falsificación de productos calculados según la investigación de la revista líderes de alrededor del 35% de productos falsificados circulantes (11).

Finalmente y adicionalmente, la idiosincrasia del paciente y del prescriptor hacen que el médico se vea “obligado” a prescribir medicamentos que en muchos de los casos no tienen relevancia farmacológica como vitaminas, hepatoprotectores, antiartrósicos; productos que pueden corresponder a la inducción del paciente sobre el prescriptor con la excusa de tener un seguro médico al cual se le puede cargar el gasto propio y el de sus familiares en una acción anti ética y poco meditada.

Esta problemática permitió el planteamiento de la interrogante en las atenciones ambulatorias de los Sistemas Médicos de la Universidad San

Francisco de Quito; ¿es factible disminuir el gasto elevado en medicamentos? si consideramos que durante el año 2010 el alto gasto pudo responder a un elevado porcentaje de prescripción de productos de marca lo que puede encarecer el costo promedio por receta; sumado a la aplicación de polifarmacia y una alta transaccionalidad. Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco tiene como uno de sus principales clientes a Finca que es la Fundación Internacional para la Asistencia Comunitaria con 23 años de experiencia en bancos comunitarios. En el Ecuador FINCA atiende a personas de bajos recursos económicos, a nivel nacional, algunos de los cuales se encuentran bajo la línea de la pobreza; a través de la dotación de servicios financieros de microcréditos que no son entregados por sectores financieros tradicionales. En la actualidad FINCA posee alrededor de 60000 derecho-habientes.

El crédito que FINCA entrega está asociado a una serie de prestaciones de servicios uno de ellos es la asistencia médica externa sobre la cual los asociados deben pagar un valor para la obtención del crédito. Este valor mientras menor sea permitirá una mayor adhesión y acceso a la petición de créditos así como también, el sujeto de crédito, se verá beneficiado con un mayor acceso al cuidado de su salud y la de su familia. Es decir a una mejor calidad de vida. De ahí la necesidad de disminuir el gasto en medicamentos como una medida de mejoramiento al acceso tanto del crédito como de la atención de salud.

5. JUSTIFICACIÓN

Para Sistemas Médicos de la USFQ el gasto mensual en medicamentos durante el año 2010 fue de alrededor de los 17000 USD que fueron prescritos en el 53% de sus atenciones médicas y que representaron el 40% del gasto de la atención médica

Este elevado gasto en medicamentos se ve influido por una alta dependencia al consumo de productos de marca recetados principalmente por especialistas médicos quienes consideran que la prescripción de medicamentos caros contribuyen a forjar un estatus médico de prestigio; sin embargo esto no se limita únicamente al uso de medicamentos de alto costo sino que también involucra una alta tendencia hacia la polifarmacia (19); es decir a que sus recetas tengan siempre más de un componente o ítem. A demás estas recetas tienen una alta cantidad de unidades prescritas para períodos prolongados.

De ahí la necesidad de implementar un modelo de gestión que involucre, la prescripción de productos esenciales y alternativos de menor costo sin perjudicar el correcto, oportuno y eficaz restablecimiento de la salud de los pacientes y que esta racionalización del gasto permita que la prestación de servicios de salud por parte de SIME-USFQ perdure en el tiempo y se convierta en un puntal a la hora de sostener y obtener nuevos clientes.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

- Racionalizar el gasto farmacéutico derivado de las atenciones ambulatorias de los pacientes que se atienden en el Sistema de Atención Médica (SIME- USFQ) mediante la implementación de un modelo de gestión que involucre, la prescripción de productos esenciales y alternativos de menor costo sin perjudicar el correcto, oportuno y eficaz mejoramiento de la salud de los pacientes.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Obtener conocimiento del gasto en medicamentos con el grado de desagregación adecuado que permita la identificación de oportunidades de mejora en la racionalización del gasto y la implementación de metas de contención del mismo.

b) Elaborar e implementar un Listado Básico Institucional que permita incrementar el porcentaje del gasto en medicamentos alternativos en especial en aquellas clases terapéuticas donde el componente alternativo genérico o de marca equivalente sea suficiente y no necesite la presencia de productos exclusivos.

c) Promover utilización de los fármacos del Listado Básico Institucional del en las redes médicas de atención primaria propias o asociadas.

d) Proponer el uso racional de medicamentos haciendo especial énfasis en una tendencia a la monoterapia, medida en el menor número de ítems por receta.

e) Establecer acuerdos con los médicos a través de charlas y reuniones de trabajo dirigidos a establecer metas de utilización de medicamentos alternativos de menor costo sean estos de marca o genéricos.

f) Diseñar un sistema de seguimiento y control de las metas planteadas en función de los indicadores de evolución del gasto: costo promedio por receta, porcentaje de utilización de genéricos, porcentaje de utilización de productos de marca, número de ítems y unidades por receta que permitan mejorar y aportar a la sostenibilidad del Sistema Sanitario de Salud de Sistemas Médicos de la USFQ.

CAPITULO I

7. MARCO TEÓRICO

7.1 MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1 ASPECTO GEOGRÁFICO

La Clínica Universitaria - Sistemas Médicos USFQ, es un Centro Médico Ambulatorio de la Universidad San Francisco de Quito que cuenta con más de 14 años de experiencia en el mercado; enfocándose en el paciente como prioridad para brindar el mejor servicio médico. Sus sedes principales se encuentran en Cumbaya, Los Chillos y Quito. Las Especialidades médicas con las que cuenta son: Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cardiología, Dermatología, Nutrición, Cirugía Vascular, Neumología, Alergología, Oftalmología, Neurología, Nefrología, Sicología, Cirugía Pediátrica, Cirugía General, Otorrinolaringología, Deportología, Reumatología y Traumatología. Cuentan además con los servicios complementarios de salud como laboratorio clínico, Imagen, tomografía, densitometría, mamografía, rayos X, rehabilitación física y óptica.

La prestación de servicios de la Clínica Universitaria, se extiende a nivel nacional a través de sus 69 puntos de atención que constituyen la Red SIME - USFQ con presencia en 20 provincias del territorio Nacional.

CUMBAYA

Dirección: Diego de Robles y Pampite.
Universidad San Francisco de Quito.
Teléfonos: 2971 912 / 13
Horarios:

Lunes a Viernes de 07:30 a 22:30
Sábados y feriados de 08:00 a 19:00
Domingo de 08:00 a 16:00

LOS CHILLOS

Dirección: Los Chillos: Av. General Enríquez y Av. Ilaló, Sector "El Triángulo", junto a la Pizza Ch Farina.
Teléfonos: 2862 298 / 2866 401 / 2867 059
Horarios:
Lunes a Sábado de 07:30 a 19:30.

QUITO

Dirección: Noruega 210 y Suiza. Edificio Coopseguros PB.
Teléfonos: 2921 620 – 2923588 - 2244398
Horarios:
Lunes a Sábado de 07:30 a 19:30.

7.1.2 DINÁMICA POBLACIONAL

La población atendida corresponde a segmentos multiniveles desde los estratos medio-alto en Cumbaya, el nivel medio en Los Chillos y Quito, hasta el nivel medio bajo en la red SIME; siendo su principal cliente la Fundación Internacional para la asistencia comunitaria FINCA que atiende con microcréditos a la población de escasos recursos a nivel nacional.

7.1.3 MISIÓN

“Somos una entidad comprometida a brindar atención médica de alta calidad científica y humana a todo ser humano que lo requiera”.

7.1.4 VISIÓN

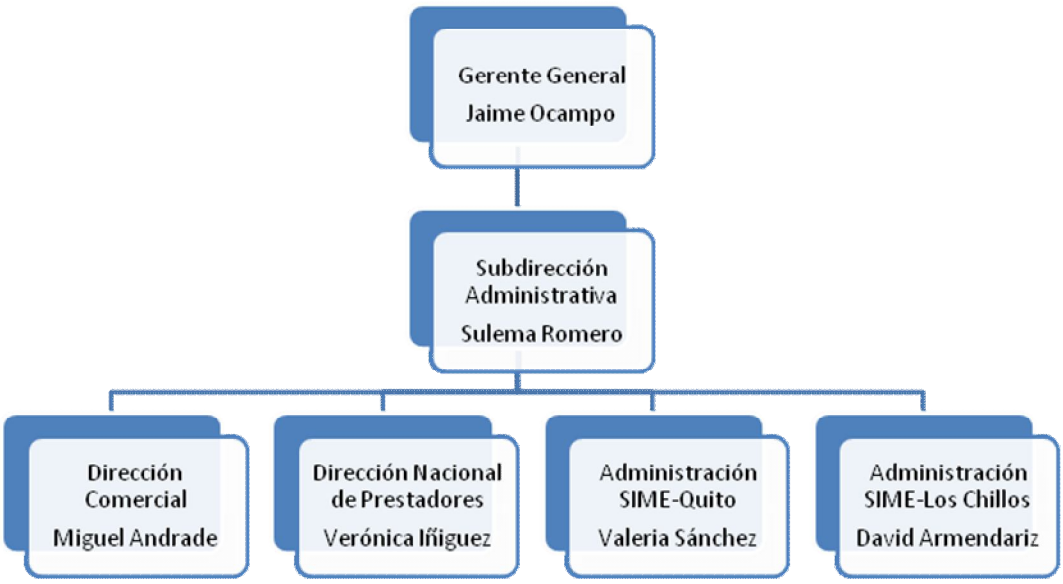
“Ser un sistema integral de servicios de salud reconocido por la excelencia de sus servicios, proyección comunitaria y educación, comprometida con el desarrollo de salud”.

7.1.5 VALORES

- ✓ Honestidad
- ✓ Agilidad
- ✓ Respeto
- ✓ Cariño y
- ✓ Profesionalismo

7.1.6 ORGANIGRAMA SIME-USFQ

SIME -USFQ ORGANIGRAMA



7.1.7 MEDICIÓN DE LA LÍNEA DE BASE A TRAVÉS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN HISTÓRICA CORRESPONDIENTE AL AÑO 2010.

Actividad 1.- Envío de la información histórica del gasto en medicamentos de las atenciones ambulatorias de SIME-USFQ

Con fecha 16 de noviembre del 2010 el Director Comercial de Sistemas Médicos de la USFQ Miguel Andrade proporciona vía mail la información histórica de las atenciones realizadas desde enero del 2010 a septiembre del mismo año; a demás envía el listado de medicamentos sobre los cuales se realizaron las prescripciones y los requerimientos para la elaboración del Cuadro Básico Institucional que incluyen entre otras cosas la necesidad de disminuir el costo de la receta a 6 USD y que a la hora de escoger los medicamentos, se consideren las siguientes patologías:

a. Enfermedades Respiratorias.

b. Enfermedades Digestivas.

c. Enfermedades Dermatológicas.

d. Enfermedades Osteomusculares e inflamatorias.

e. Enfermedades Genitourinarias.

Actividad 2.- Procesamiento de la información histórica de las atenciones médicas ambulatorias del 2010

- **Determinación del número de atenciones realizadas**

Durante el periodo de enero a septiembre del 2010 se realizaron 17944 atenciones con un promedio mensual de 1994 atenciones; es decir 66 atenciones por día. De estas atenciones, el 81% se encuentran concentradas en 10 ciudades a nivel nacional con una mayor representatividad en Santo Domingo de los Tsachilas con el 14%, seguido de Chone, Quevedo y La libertad con el 11% respectivamente. Con los antecedentes indicados, la proyección anual de atenciones sería de alrededor de 23928 atenciones.

CUADRO Nº 1

NÚMERO DE ATENCIONES POR CIUDAD DE ENERO A SEPTIEMBRE DEL 2010

CIUDAD	Atenciones 9 meses	Atenciones por mes	Atenciones por día	Distribución porcentual de las atenciones
STO. DOMINGO	2540	282	9	14%
CHONE	1998	222	7	11%
QUEVEDO	1980	220	7	11%
LA LIBERTAD	1897	211	7	11%
PORTOVIEJO	1545	172	6	9%
MANTA	1338	149	5	7%
JIPIJAPA	900	100	3	5%
QUITO	848	94	3	5%
QUININDE	731	81	3	4%
TULCAN	688	76	3	4%
EL CARMEN	604	67	2	3%
ESMERALDAS	571	63	2	3%
BABAHOYO	551	61	2	3%
DAULE	473	53	2	3%
PEDERNALES	317	35	1	2%
LOJA	281	31	1	2%
ZAMORA	231	26	1	1%
IBARRA	132	15	0,5	1%
SAN GABRIEL - MONTUFAR	122	14	0,5	1%
GUAYAQUIL	107	12	0,4	1%
SAN LORENZO	90	10	0,3	1%
Total general	**17944**	**1994**	**66**	**100%**

- **Determinación del porcentaje de atenciones que incluyeron prescripción**

Durante el periodo de mayo a septiembre del 2010 se realizaron 10574 atenciones de las cuales el 55% (5861 atenciones) tuvieron receta médica. La proyección anual de número de recetas sería de al menos 14066 recetas emitidas para 25378 atenciones esperadas durante el 2010.

CUADRO Nº 2

PORCENTAJE DE ATENCIONES CON RECETA DE MAYO ASEPTIEMBRE DEL 2010

MESES	NÚMERO DE RECETAS EMITIDAS	NÚMERO DE ATENCIONES	PORCENTAJE DE ATENCIONES CON RECETA
MAYO	1128	2125	53%
JUNIO	1114	1463	76%
JULIO	1201	2123	57%
AGOSTO	1259	2474	51%
SEPTIEMBRE	1159	2389	49%
TOTAL	**5861**	**10574**	**55%**
PROMEDIO	1172	2115	
PROYECCIÓN ANUAL	14066	25378	

- **Medición del costo promedio por receta**

En el periodo de mayo a septiembre del 2010 se emitieron 5861 recetas con un costo promedio por prescripción de 13.27 USD.

CUADRO Nº 3

COSTO PROMEDIO DE LA RECETA DE MAYO A SEPTIEMBRE DEL 2010

MESES	NÚMERO DE RECETAS EMITIDAS	RECETA PROMEDIO
MAYO	1128	12,73
JUNIO	1114	13,03
JULIO	1201	13,69
AGOSTO	1259	12,9
SEPTIEMBRE	1159	13,97
TOTAL	**5861**	13,27

- **Identificación del producto de mayor gasto**

Veinte y cinco productos representan el 80% del gasto en el periodo de mayo a septiembre del 2010 de los cuales el producto Clavoxine en tabletas de 625mg es el más representativo con el 12%, seguido del Clavoxine jarabe 457mg/5ml con el 12%.

CUADRO Nº 4

PRODUCTOS DE MAYOR GASTO DE MAYO A SEPTIEMBRE DEL 2010

PRODUCTO	PORCENTAJE DEL GASTO
CLAVOXINE FORTE TABx625MG	12%
CLAVOXINE 2X SUSx457MGx70ML	10%
AUGMENTIN-BD-PED SUSx200/28MGx70M	8%
CIPROFLOXACINO TABx500MG	6%
AZITROMICINA TABx500MG	5%
ESOMEPRAZOL TABx20MG	5%
ZYRTEC-D TABx5/120MG	4%
ETRON-NISTATINA OVU	3%
SECNIDAZOL TABx1GR	2%
AZITROMICINA SUSx200MG/5ML	2%
BLADURIL COMx200MG	2%
FLUCONAZOL CAPx150MG	2%
TENSODOX COM	2%
SECNIDAL SUSx500MG	2%
ELOMET CREx0.1%x15GR	2%
TRIOVAL SUSx100ML	2%
ALBENDAZOL SUSx400MGx20ML	2%
ATROLIP TABx20MG	1%
IBUPROFENO SUSx100MGx120ML	1%
BAYCUTEN-N TUBx20GR	1%
CIPRAN TABx500MG	1%
DICLOCIL SOLx250MGx100ML	1%
SERTAL-NF COMx125/10MG	1%
BENZETACIL-LA AMPx1200.000UI	1%
METRONIDAZOL SUSx250MGx120ML	1%

- **Determinación del gasto en productos genéricos**

El gasto en productos genéricos durante el periodo de mayo a septiembre del 2010 representó el 41% con respecto al gasto en productos de marca con el 59%. El ciprofloxacino tabletas de 500mg fue el más representativo con el 15% del gasto seguido de azitromicina tabletas de 500mg con el 13%.

GRÁFICO Nº 1

PORCENTAJE DEL GASTO POR TIPO DE MEDICAMENTO MAYO ASEPTIEMBRE DEL 2010

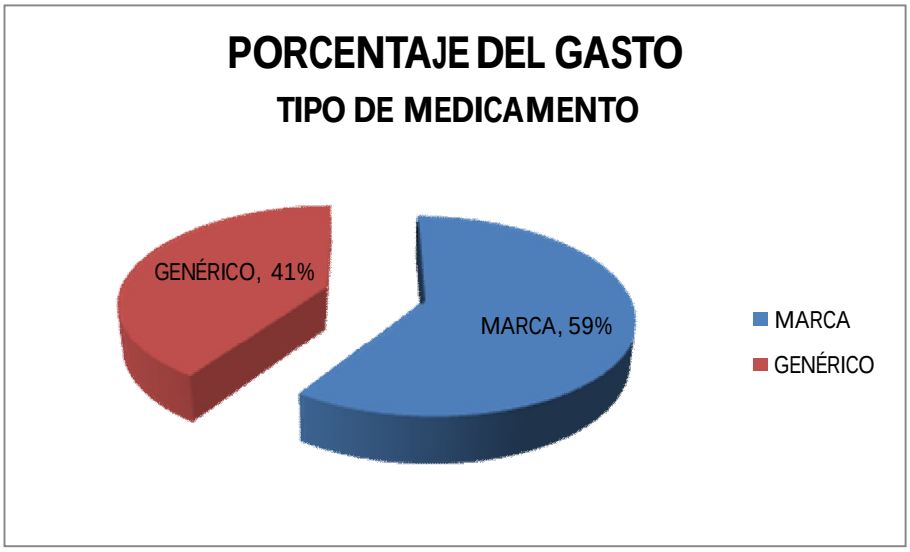
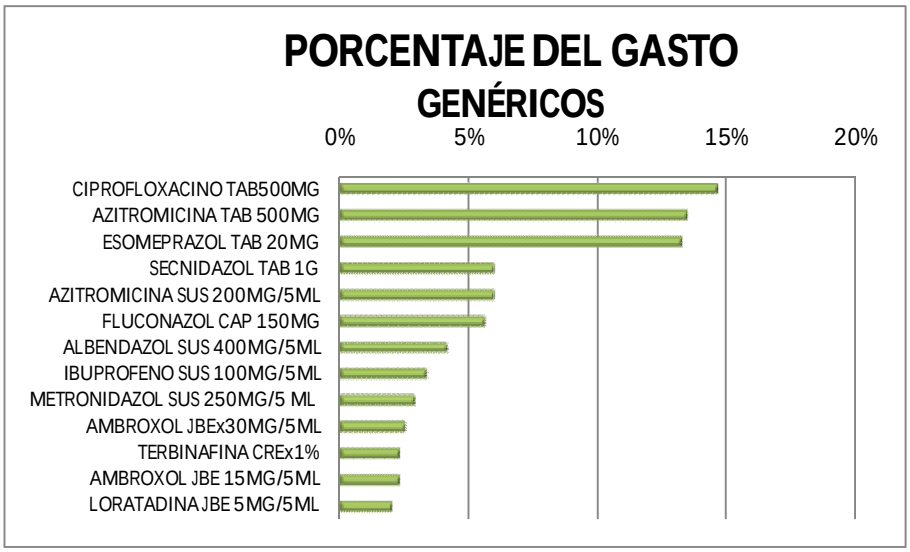


GRÁFICO Nº 2

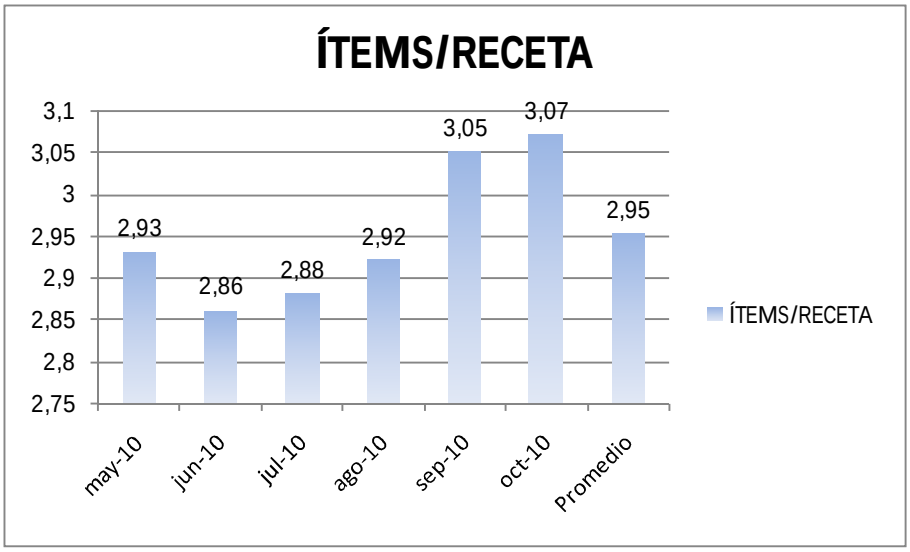
PORCENTAJE DEL GASTO POR PRODUCTO GENÉRICO MAYO A SEPTIEMBRE 2010



- **Determinación del número de ítems por receta**

En promedio en el periodo de mayo a septiembre del año 2010, el número de ítems por receta fue de 2.93; es decir que el 32% de las recetas prescritas tuvieron más de dos ítems.

GRÁFICO Nº 3
NÚMERO DE ÍTEMS POR RECETA
MAYO A SEPTIEMBRE 2010



7.2 MARCO CONCEPTUAL

7.2.1 IMPORTANCIA DEL GASTO FARMACÉUTICO Y SU RACIONALIZACIÓN

El control del gasto farmacéutico ha sido una prioridad en los países desarrollados en las últimas décadas. Durante este tiempo el gasto farmacéutico ha crecido de una manera importante, hasta convertirse, para

algunos países, en un verdadero problema presupuestario. Las crisis económicas y financieras han acelerado la puesta en práctica de estrategias encaminadas a reducir los niveles de crecimiento del gasto farmacéutico público y privado. Desde esta perspectiva, los gobiernos han comprendido que el control del gasto sanitario implica necesariamente el control del gasto en medicamentos; de ahí que las principales medidas adoptadas van esa dirección (15) con el propósito de generar la sostenibilidad del financiamiento de los Sistemas Sanitarios.

El gasto sanitario tiene una tendencia de crecimiento independiente a los ciclos económicos y el gasto en medicamentos es tradicionalmente uno de los principales responsables (9).

Según el diario electrónico, el médico interactivo, la evolución del gasto farmacéutico en España es el resultante de la suma de dos componentes: el número de recetas generadas y el costo de las mismas. Estos componentes en el 2003 situaron al crecimiento anual en el 12.15% con una cifra de 8941 millones de euros.

Las actuaciones que permitieron moderar el crecimiento del gasto en el periodo 2000 al 2002 tuvieron que ver con medidas destinadas a contener el precio de los medicamentos. Medidas que tienen un efecto inmediato pero que van perdiendo su eficiencia relativa en el plazo de un año.

Con estos antecedentes surge la ley 29/2006 del 26 de julio que impulsa entre otras cosas, acciones para garantizar el uso racional de los medicamentos y posibilitar la sostenibilidad de la prestación farmacéutica; medidas que han contribuido en la contención del crecimiento del gasto en medicamentos en el Sistema Nacional de Salud de España que pasó de incrementos interanuales de 10% a crecimientos entorno al 5 al 6%. Sin embargo desde el inicio de la desaceleración económica, el Gobierno Español se ha visto en la necesidad de generar una política urgente y exigente del gasto público que incluyen la

adopción de medidas de control del gasto farmacéutico, componente que influye directamente sobre el gasto sanitario (5). Ahora se puede comprobar cómo estás políticas comienzan a dar sus frutos ya que en el 2010 la tendencia de crecimiento se invierte, reflejando por primera vez un descenso del 2.4%. Si bien no todos sus efectos han sido adecuadamente previstos como el hecho de que la industria farmacéutica, se enfrenta a un panorama marcado por políticas de control de precios y restricción de acceso a nuevos fármacos (mayores exigencias a la hora demostrar la utilidad terapéutica) que puede dificultar sus perspectivas de crecimiento; sin embargo se trata de uno de los sectores que mejor ha reaccionado ante las crisis gracias a sus importantes márgenes de explotación (15).

En el Ecuador desde el año 2000 el mercado farmacéutico mantiene un crecimiento constante y permanente, en el 2008 el sector farmacéutico facturó 720 millones de dólares que representa un 16% más que el 2007 (11). Ecuador es uno de los países con el gasto más alto en medicamentos, en relación con el gasto total de la atención médica con un porcentaje del 28% cifra que es proporcionalmente mayor en relación con otros países como Colombia con el 18%, Argentina 19%, Costa Rica 16% y Guatemala con el 24% (10).

7.2.2 PRECIO, DISPONIBILIDAD, ASEQUIBILIDAD DE LOS MEDICAMENTOS EN EL ECUADOR

En octubre - noviembre 2008, AIS Ecuador (Acción Internacional para la Salud) elaboró un estudio de ámbito nacional sobre precios, disponibilidad, asequibilidad y componentes del precio de una selección de medicamentos en Ecuador. Las metas principales del estudio eran documentar los precios, disponibilidad y asequibilidad de medicamentos y compararlas entre tipos de productos (marcas originales y genéricos), sectores, y con otros países; y categorizar los costes de los componentes del precio e identificar aquellos con la contribución más significativa al precio final de los medicamentos. Este estudio fue realizado usando la metodología desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Acción Internacional para la Salud (AIS).

Los resultados muestran que la disponibilidad media para los medicamentos originales y genéricos en el sector público fue de 0,8% y 41,4% respectivamente, indicando que muchos de los pacientes deben comprar los medicamentos en el sector privado. En ese sector, la disponibilidad media de los medicamentos originales y genéricos fue de 46,1% y 63,1%, respectivamente. La dispersión de la disponibilidad en el sector público fue alta y ocurrió entre las distintas unidades de una misma área. No se encontró diferencias de disponibilidad de medicamentos entre las áreas de Quito y Guayaquil cuando se las comparó con otras áreas.

Al comparar los precios de adquisición del MSP para 36 productos con los precios de referencia internacional del MSH, el MSP deberá pagar en promedio 6,6 veces más, con un rango de 1,06 para cefalexina en tabletas a 41,5 para cotrimoxazol en suspensión. En el sector público, los precios negociados para las compras de medicamentos por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador son mayores que los precios internacionales de referencia, indicando un posible nivel bajo en la eficiencia de las compras. Los precios de adquisición de 33 productos del MSP comparados con los originales del sector privado, son significativamente más bajos, con un promedio de 7,5 veces menos en relación a los originales del sector privado, con un rango entre 1,14 para loratadina en jarabe y 41,6 veces menos para ciprofloxacina en tabletas. Sin embargo, 7 productos originales (21,2%) tienen un precio inferior al negociado por el MSP.

Los precios de 35 productos del MSP comparados con los genéricos del sector privado son, en promedio, 3,5 veces menores, con un rango entre 1,1 para enalapril en tabletas y 15 veces menos para propranolol en tabletas. Solamente 7 productos (20%) tienen un costo inferior a los del MSP.

Los medicamentos genéricos existentes en el sector público (Ministerio de Salud Pública del Ecuador) se dispensan de manera gratuita.

Respecto a los resultados obtenidos en el sector privado, las marcas originales se venden generalmente a 11,17 veces el precio internacional de referencia. El

precio de la mitad de los medicamentos originales de marca estaba entre 7,4 y 25,32 veces el precio internacional de referencia; hay, por tanto, una variación sustancial entre los ratio de la mediana de precios (RMPs) de las marcas originales en el sector privado.

Los medicamentos “genéricos de menor precio” se venden generalmente a 5 veces menos que el precio internacional de referencia. El precio de la mitad de los medicamentos “genéricos de menor precio” estaba entre 3,38 y 8,73 veces el precio internacional de referencia; hay, por tanto, una variación pequeña entre los RMPs de los medicamentos genéricos en el sector privado

En relación con la asequibilidad de los tratamientos, los resultados muestran que al tratar patologías comunes usando los regímenes estándar, el trabajador que recibe un salario básico unificado necesitaría entre 0,8 (hipertensión arterial) y 0,5 (infección respiratoria del adulto) días de salario para comprar los genéricos de menor precio en el sector privado. Si se prescriben y adquieren las marcas originales, los costos suben y oscilan entre 3,6 y 1 días de salario, respectivamente. Cuando se prescriben y adquieren marcas originales en el sector privado, varios tratamientos superan ampliamente un día de salario. Por ejemplo, tratar la infección respiratoria del adulto con ciprofloxacina representa 8,2 días de salario, la hipercolesterolemia requiere de 8,0 días de salario.

Los medicamentos que se utilizan para tratar patologías crónicas resultaron ser los más costosos y consecuentemente menos asequibles.

Las recomendaciones para mejorar la disponibilidad, precio y asequibilidad de los medicamentos en Ecuador resultado del estudio de AIS Ecuador fueron:

• Cumplir, por parte de los prescriptores, y hacer cumplir, por parte de las autoridades de salud, las disposiciones legales vigentes en la Ley Orgánica de Salud y otras leyes y reglamentos, para la prescripción utilizando la Denominación Común Internacional.

• Promover la venta de medicamentos genéricos en el sector privado.

• Fortalecer el sistema de suministro de medicamentos en el sector público de la salud para lograr una disponibilidad adecuada de medicamentos genéricos esenciales.

• Incrementar la cobertura de medicamentos esenciales en los servicios públicos

• Reducir los costos de adquisición de medicamentos a través de la negociación en volumen y mediante procesos de subasta inversa.

• Evaluar, modificar y fortalecer permanentemente el sistema de control de precios que regula la venta de medicamentos en Ecuador en el sector privado.

• Revisar la estructura de la base para el cálculo de los márgenes de utilidad, asignando un límite a los gastos administrativos, que incluyen los gastos de promoción de los medicamentos a los prescriptores, a los farmacéuticos y a los consumidores.

• Regular los gastos promocionales y retribuciones que reciben los prescriptores y los dueños de farmacias a expensas de un mayor costo del medicamento, que finalmente será pagado por el consumidor.

• Para asegurar un mejor acceso a los medicamentos en el Ecuador se debe mejorar la disponibilidad, los precios para el consumidor y la asequibilidad, especialmente para los pobres. Esto requiere intervenciones multisectoriales e integrales, así como la revisión y replanteamiento de políticas, regulaciones e intervenciones a nivel nacional y provincial.

• Se necesita implementar un conjunto de políticas para hacer más asequibles y disponibles a los medicamentos. Aunque se requeriría mayor investigación para obtener una comprensión profunda de las causas y consecuencias de los precios de los medicamentos y su disponibilidad, los resultados de esta investigación muestran las direcciones a seguir en próximas investigaciones y en la acción (1).

7.2.3 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

La política pública es el conjunto de principios, objetivos y estrategias, que definen la orientación de una gestión gubernamental; al permitir que las instituciones estatales, la sociedad civil, el sector privado, la cooperación internacional y otros sectores; conozcan, analicen y se organicen alrededor de las propuestas del gobierno.

En 1975, la 28a Asamblea Mundial de la Salud (AMS) estableció la *"necesidad de desarrollar políticas de medicamentos vinculando la investigación, producción y distribución de medicamentos con las necesidades reales de la salud"*. En 1982, los Estados Miembros fueron urgidos por la 35a AMS a desarrollar e implementar políticas de medicamentos, lo que fue confirmado en otras Asambleas.

Ecuador, en el año 2003, la Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos, formuló un primer borrador de la Política Nacional de Medicamentos, con los principales actores del sector salud. Posteriormente, en septiembre del año 2005, durante un seminario taller de consenso, con todos los actores del sector salud, se elaboró el documento definitivo.

En Ecuador, el artículo 42 de la Constitución Política de la República, establece: "El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección…así como la posibilidad del acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia"; siendo uno de los principales componentes de la prestación de salud, el acceso a los medicamentos.

Antes de la promulgación de la Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos Genéricos de Uso Humano, el Ecuador tenía una normatividad dispersa en materia de medicamentos. En la Ley vigente, se han regulado aspectos muy importantes, como la obligación de los profesionales de la salud a prescribir utilizando la Denominación Común

Internacional o el nombre genérico; la obligación de las instituciones públicas de adquirir medicamentos genéricos, etc.

Una de las estrategias del Sistema Nacional de Salud, es formular y aplicar medidas que garanticen la accesibilidad, calidad, inocuidad y eficacia de todos los medicamentos, promoviendo su uso racional. Por esta razón, en la normativa vigente, se estipulan los mecanismos para la concesión de los certificados de homologación del registro sanitario de medicamentos genéricos, drogas, insumos o dispositivos médicos producidos en el exterior.

7.2.3.1 ACCESIBILIDAD A LOS MEDICAMENTOS

Siendo una de las principales barreras, para el acceso de la de la población a los medicamentos, su costo; entre las estrategias para aumentar su accesibilidad, figuran: Aseguramiento en salud, mayor información sobre precios, sustitución por genéricos, competencia; y, regulación de los precios. Además, se plantea:
Declarar que la Salud Pública y el acceso a los medicamentos están sobre las patentes, reservándose el Estado el derecho de otorgar licencias obligatorias y/o efectuar importaciones paralelas; especialmente, en casos de enfermedades catastróficas y emergencias sanitarias.

- Garantizar la disponibilidad de medicamentos, fundamentalmente de aquellos que constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos de reconocida calidad, seguridad y eficacia.

- Precautelar el acceso equitativo a la atención de salud y consecuentemente a los medicamentos esenciales, especialmente de las clases socio-económicas más vulnerables, considerando aspectos culturales y de ubicación geográfica.

- Establecer en el Sistema Nacional de Salud, procesos de suministros confiables; mediante mecanismos de adquisición, distribución y dispensación eficientes, observando buenas prácticas de gestión e implementando una efectiva descentralización.

- Promover la participación conjunta de instituciones públicas, privadas y organizaciones no gubernamentales, en procesos de adquisición conjunta de fármacos, al mejor precio.

- En nuestro país con decreto ejecutivo N.- 1832 del 5 de septiembre del 2007 fue creado el Programa de Aseguramiento Universal (AUS) con el propósito de articular un Sistema Nacional de Aseguramiento interrelacionado a las instituciones aseguradoras públicas y privadas para brindar atención a la población más vulnerable de nuestro país

- El Programa Nacional de Aseguramiento tiene como fin impulsar la promoción de la salud, la atención preventiva, curativa y de rehabilitación como política de Estado de corto, mediano y largo plazo; a través de una cobertura gradual (12).

7.2.3.2 PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS

El precio es un factor determinante en el acceso de la población a los medicamentos. Además, la escasez de mecanismos reguladores efectivos, contribuye a la inequidad en el acceso. En el mercado farmacéutico ecuatoriano, se observan cuatro tipos y categorías de precios:

- Productos de marca del mismo principio activo, similar concentración y forma farmacéutica, con diferencias sustanciales de precios;

- Productos de marca, con precios muy superiores a los genéricos de igual concentración y forma farmacéutica;

- Productos genéricos de igual composición química y forma farmacéutica, que se comercializan con amplios rangos de precios; y,

- Productos del mismo principio activo, que han modificado su forma farmacéutica, para obtener mayores precios.

En nuestro país, se ha mantenido un esquema de fijación de precios, controversial para algunos sectores, pues existen varios rubros, que inciden en el costo final del producto. Otro tema polémico, es el de los márgenes de ganancia, particularmente del distribuidor.

Los precios de comercialización de los productos, son siempre inferiores al precio de fijación, salvo en el caso de algunos medicamentos exclusivos. Se reconoce que, dado el margen de utilidad, las farmacias prefieren vender un producto importado.

Lo señalado implica que no existen mecanismos transparentes de precios, desde la información presentada por las empresas farmacéuticas y la aplicación de la ley, por lo que no se han eliminado criterios discrecionales en la fijación de precios.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la fijación de precios es uno de los componentes del control de precios, el cual debe ser moderno, ágil y efectivo. Por tanto, es necesario plantear una alternativa al modelo ecuatoriano.

La tendencia de liberalización de precios en varios países, ha sido estimulada por los siguientes argumentos:

- La eficacia de las fuerzas competitivas de los mercados para regular los precios y estimular el crecimiento económico.
- Las desventajas de las medidas de control, incluidos los procedimientos burocráticos, la manipulación política, la incapacidad para vigilar y hacer cumplir los precios fijados.

Sin embargo, la experiencia de liberalización de precios en otros países ha demostrado tener desventajas, entre las cuales figura:

- Aumento en precios y gastos
- Promoción que genera consumo excesivo.
- Proliferación de productos farmacéuticos que no se ajustan al perfil epidemiológico de la población

Frente a esta realidad, se plantea estrategias a corto, mediano y largo plazo para desarrollar la libre oferta y demanda de medicamentos, preservando su calidad, con eficacia y seguridad (12).

7.2.3.3 CUADRO NACIONAL DE MEDICAMENTOS BÁSICOS

El Cuadro Nacional De Medicamentos Básicos (CNMB) tiene como objetivo presentar a las instituciones del Sistema Nacional de Salud del Ecuador, a los profesionales, a los prescriptores y a la ciudadanía una listado de medicamentos esenciales, analizados técnica y científicamente de acuerdo a la Medicina Basada en Evidencia, los avances científicos y últimos estudios, lo que garantiza su eficacia, seguridad y conveniencia, así como la mejor alternativa a la hora de prescribir. La filosofía del CNMB es entregar a los profesionales de la salud del país un documento de carácter referencial que permita el ejercicio de una atención básica en salud, utilizando para ello los medicamentos esenciales en función de la realidad epidemiológica ecuatoriana. Este listado es obligatorio en su uso en el sector público.

Nuestra Constitución dispone en su artículo 42 que *"El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia"*, principios de acuerdo a los cuales en el 2006 se consolidó la primera Política Nacional de Medicamentos, fruto de la más amplia concertación de los actores del Sistema Nacional de Salud, y que se traduce en la actualización y publicación del Cuadro Nacional de Medicamentos y su Registro Terapéutico (14). La Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador es la delegada de la compilación, actualización y revisión del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y su Registro Terapéutico, cuya construcción y actualización toma un proceso de 2 años, convocando la participación de especialistas de reconocida experiencia científica y probidad ética, además de delegados de instituciones de salud públicas, privadas, academias y la sociedad civil; aspectos que garantizan la máxima concertación y validez técnica.

7.2.3.4 MEDICAMENTOS GENÉRICOS

La presencia de los medicamentos genéricos en el mercado es un factor que contribuye a mejorar el acceso. Se ha demostrado que los genéricos estimulan la competencia, presionando hacia abajo los niveles de precios.
En nuestro país, apenas un 13% de los medicamentos comercializados son genéricos, lo que indica que el mercado de genéricos aún no se ha desarrollado al nivel de otros países de la región, en los cuales la Industria de genéricos ha mejorado la cobertura para atender problemas críticos de la salud de su población. La Política Nacional de Medicamentos propone:

- Asegurar la disponibilidad y accesibilidad de la población a medicamentos genéricos, para el tratamiento de las enfermedades de mayor prevalencia; con énfasis en la selección y uso racional, precios accesibles, sostenibilidad financiera y sistemas de provisión confiables.

- Estimular la producción de medicamentos genéricos, por parte de los laboratorios farmacéuticos y promover la inversión extranjera, para ampliar la oferta en el mercado ecuatoriano.

- Promover la prescripción de medicamentos genéricos, de mayor valor terapéutico por parte de los profesionales prescriptores, con el objeto de reducir el gasto en salud y asegurar su uso costo-efectividad, en todos los niveles del Sistema de Salud, tanto público como privado.

- Vigilar que la prescripción de medicamentos, en el sector público y privado, contenga la descripción genérica del fármaco para permitir la elección del producto equivalente de acuerdo a la disponibilidad de recursos de los pacientes (12).

7.2.3.5 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Se entiende por **uso racional de medicamentos** el que un paciente reciba *"la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requerimientos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad"* (OMS, 1985).

El uso no racional es el empleo de medicamentos, de un modo no acorde con la definición anterior. Se calcula que en el mundo más del 50% de todos los medicamentos se recetan, dispensan o venden de manera inadecuada; paradójicamente, un tercio de la población mundial no tiene acceso a medicamentos esenciales y la mitad de los pacientes los toman de manera incorrecta. Sin embargo, más allá de las repercusiones de orden financiero, el empleo racional de los medicamentos debe reflejar la calidad de atención de salud que se brinda al individuo y a la comunidad. Por ello, el país está obligado a desarrollar programas de control, que permitan aprovechar de la mejor manera la utilización de medicamentos (12).

7.2.4 LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN

El médico está obligado a dar a su paciente un servicio de calidad. Una de las cláusulas del Juramento Hipocrático es: "*Aplicaré mis tratamientos para bien de mis enfermos según mi capacidad y buen juicio*". Esa exigencia de calidad es hoy más fuerte que nunca porque la Medicina ha entrado en el campo de fuerzas (sociales, económicas y jurídicas) que vienen promoviendo en nuestra sociedad la calidad de los servicios. La gente ya no se conforma con cualquier tipo de cuidados médicos, los quiere de la mejor calidad posible

La salud es el hecho de mayor repercusión en la sociedad y cuando ocurren episodios luctuosos como los que periódicamente saltan a los medios de comunicación se dispara la alarma y la sociedad se pregunta si no está indefensa en hechos tan relevantes como la prescripción médica o frente a la

poderosa industria farmacéutica y si se cuenta con los controles imprescindibles que aseguren la calidad del medicamento para que se pueda seguir confiando en los fármacos.

Los sistemas sanitarios públicos, conscientes de la libertad que goza el médico a la hora de prescribir y del impacto económico de sus decisiones, quieren poner límites, restricciones y orientaciones a la labor del médico, con el propósito y la convicción de que así disminuirá el gasto en medicamentos y el sanitario en su conjunto. La prescripción de medicamentos va a ser un acto cada vez más condicionado tanto por criterios económicos tendentes a la reducción del gasto público en medicamentos, como terapéuticos tendentes a una mayor racionalización y participación de los criterios científicos.

La calidad de la prescripción se está convirtiendo en una exigencia social y política permanente, en relación con la eficiencia de la prescripción y la racionalización del gasto farmacéutico, como una medida de carácter social y económica en el proceso de contención del gasto sanitario, atribuyendo a la prescripción inadecuada unos recursos, que podría dirigirse a otras áreas de la atención sanitaria, e incidiendo sobre la responsabilidad del médico en esta cuestión que, en todo caso, será compartida con otros agentes que intervienen en el proceso asistencial y en el medicamento (Administración, Industria Farmacéutica, Farmacéuticos dispensadores y pacientes) (17).

Los médicos no pueden eludir la dimensión económica de sus decisiones, y es un deber ético procurar la máxima calidad de los actos médicos, por ello deben centrarse en mejorar la calidad de la prescripción y en cómo hacerla más efectiva, mejorando la eficacia de las actuaciones profesionales, de modo que previsiblemente se contribuya a disminuir el gasto.

La prescripción es una actividad resultante de una orientación diagnóstica, de la evaluación de eventuales interacciones con otros tratamientos y de la

consideración de la voluntad y capacidad del paciente para utilizar los fármacos. Es importante recordar que la prescripción ha de ser un proceso deductivo lógico, basado en una información completa y objetiva y que no debería ser un reflejo instintivo, un acto rutinario o una respuesta a la presión comercial. El control de la calidad de la prescripción debe tener en cuenta la pertinencia y la adecuación de la prescripción en relación con el problema que presenta el paciente. Hablar de calidad en la utilización de los medicamentos es un sinónimo de uso de garantía racional de los mismos en el sentido más amplio de este concepto.

En una prescripción de calidad debe considerarse el coste de los fármacos para que el tratamiento sea en lo económico, lo menos gravoso posible para el enfermo y el sistema sanitario. La buena prescripción es la que mejor combina eficacia, seguridad, conveniencia para el paciente y también el coste. Actualmente hay opiniones que insisten en que el balance beneficio-riesgo ya no depende exclusivamente del medicamento si no que está condicionado especialmente por el médico prescriptor y la calidad de su actuación profesional (17).

El mal uso de fármacos tiene un elevado coste económico, social y sanitario. En los últimos años, la incidencia de los problemas relacionados con la medicación en los sistemas sanitarios de los países desarrollados está aumentando considerablemente, debido a numerosos factores de organización de los sistemas sanitarios, complejidad tecnológica, organización del trabajo y desfases en la gestión terapéutica. Además es necesaria la implantación y desarrollo de una cultura de seguridad dentro de las organizaciones sanitarias.

Ante todos estos aspectos y otros previsibles en el futuro inmediato, es preciso abordar y cambiar la perspectiva que se exige a los médicos sobre la prescripción. Hay que realizar esfuerzos sostenidos de educación para crear la sensibilidad necesaria hacia los aspectos de la calidad, modificando si es

preciso el proceso de trabajo del médico y el contexto en que se desarrolla. En definitiva, tiene que haber un compromiso global de todo médico por la calidad de la prescripción y las administraciones públicas o privadas de las que depende el médico, deben fomentar el esfuerzo de este por la calidad de la prescripción, mediante los instrumentos adecuados.

7.2.5 ASEGURAMIENTO DE LA SALUD

La situación actual de nuestro país indica que de los 14 millones de ecuatorianos, apenas el 25% tiene un plan de asistencia médica brindado ya sea por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Fuerzas Armadas, Policía Nacional o las empresas del sector privado. Es decir existe un 75% de la población que no tiene ningún tipo de aseguramiento (21).

El sector privado participa con el 2,5% del mercado de aseguramiento de la salud y se nutre principalmente de planes corporativos; es decir de la iniciativa de las empresas privadas para proveer un tipo de atención a sus trabajadores en pos de disminuir los ausentismos laborales y concentrar el tiempo y las energías de los trabajadores en la producción de bienes y servicios.

Con respecto a planes individuales, si bien son ofrecidos por las diferentes empresas de seguros; estos se vuelven altamente costosos para el asegurado con onerosos costos por prima, altos deducibles y mayor variedad y número de exclusiones.

Los sistemas de aseguramiento privado consientes de la libertad que goza el médico a la hora de prescribir y del impacto económico de sus decisiones; necesita poner límites, restricciones y orientaciones a la labor del médico, con el propósito y la convicción de que así se podrá disminuir el gasto en medicamentos; haciendo de la prescripción un acto condicionado tanto por criterios económicos tendientes a la reducción del gasto farmacéutico como terapéuticos tendientes a una mayor racionalización y participación de los criterios científicos, procurando una mayor calidad de la prescripción en

respuesta a la exigencia social y política de la eficiencia de la prescripción y la racionalización del gasto; permitiendo generar compatibilidad entre la calidad de prescripción, la eficiencia y los principios esenciales relacionados con la libertad de prescribir y la prioridad de los derechos del paciente a la atención médica en general y a la farmacéutica en particular (17).

El presente trabajo se ha elaborado sobre la base del incremento constante del gasto en medicamentos que año a año desde el 2009 hasta el 2010 han experimentado las atenciones ambulatorias del Sistema de Atención Médica (SIME) de la USFQ lo que ha colocado al gasto en fármacos en porcentajes sobre el 40% con respecto al total del gasto sanitario; poniendo en riesgo la mantención del mismo.

El Objetivo principal del estudio tiene que ver con la implementación de un modelo de gestión que permita administrar de manera eficiente el gasto en medicamentos a través de criterios de intercambio a los comúnmente prescritos y la limitación del amplio arsenal de medicamentos disponibles para prescribir a través de la consideración de los principios del uso racional de medicamentos como son la prescripción de productos de primera elección por eficacia, seguridad y costo y el impulso al empleo de productos genéricos consideraciones que forman parte de la Política Nacional de Medicamentos de nuestro país aprobada mediante resolución del Directorio del Consejo Nacional de Salud del 19 de julio del 2006 (12).

Con estos antecedentes, el gasto farmacéutico es susceptible de disminuir actuando sobre el número de recetas y su costo; considerando medidas de contención y el uso racional de los medicamentos.

El ahorro anual estimado podría ser de alrededor del 30%; ahorro que puede ser direccionado en la consecución de planes y programas futuros que pudieran incluir la disminución del valor monetario de planes individuales y corporativos que provoquen mayor accesibilidad de empresas y personas aportando de manera significativa al Programa de Aseguramiento Universal propuesto por el Gobierno.

CAPITULO II

8. DISEÑO METODOLOGICO

Existen varios métodos establecidos por la OPS-OMS para medir el tipo y el grado de uso irracional de los medicamentos. En el presente proyecto se empleará datos del consumo de medicinas con el propósito de identificar cuáles son los medicamentos caros, su frecuencia de utilización y el grado de aporte en el gasto total generado durante la prestación de servicios; a demás, se podrá comparar el consumo real con el consumo esperado a través del intercambio de medicamentos con sus similares de menor costo, sean estos de marca o genéricos.

Los indicadores a utilizar son los escogidos desde el cuadro de indicadores seleccionados de la OMS/INRUD (Red internacional para el uso racional de los medicamentos) y en función de la información disponible. En este sentido, como indicador se considerará el porcentaje de medicamentos recetados en genérico, el porcentaje de medicamentos recetados de marca, el costo medio por receta y el número de recetas (24).

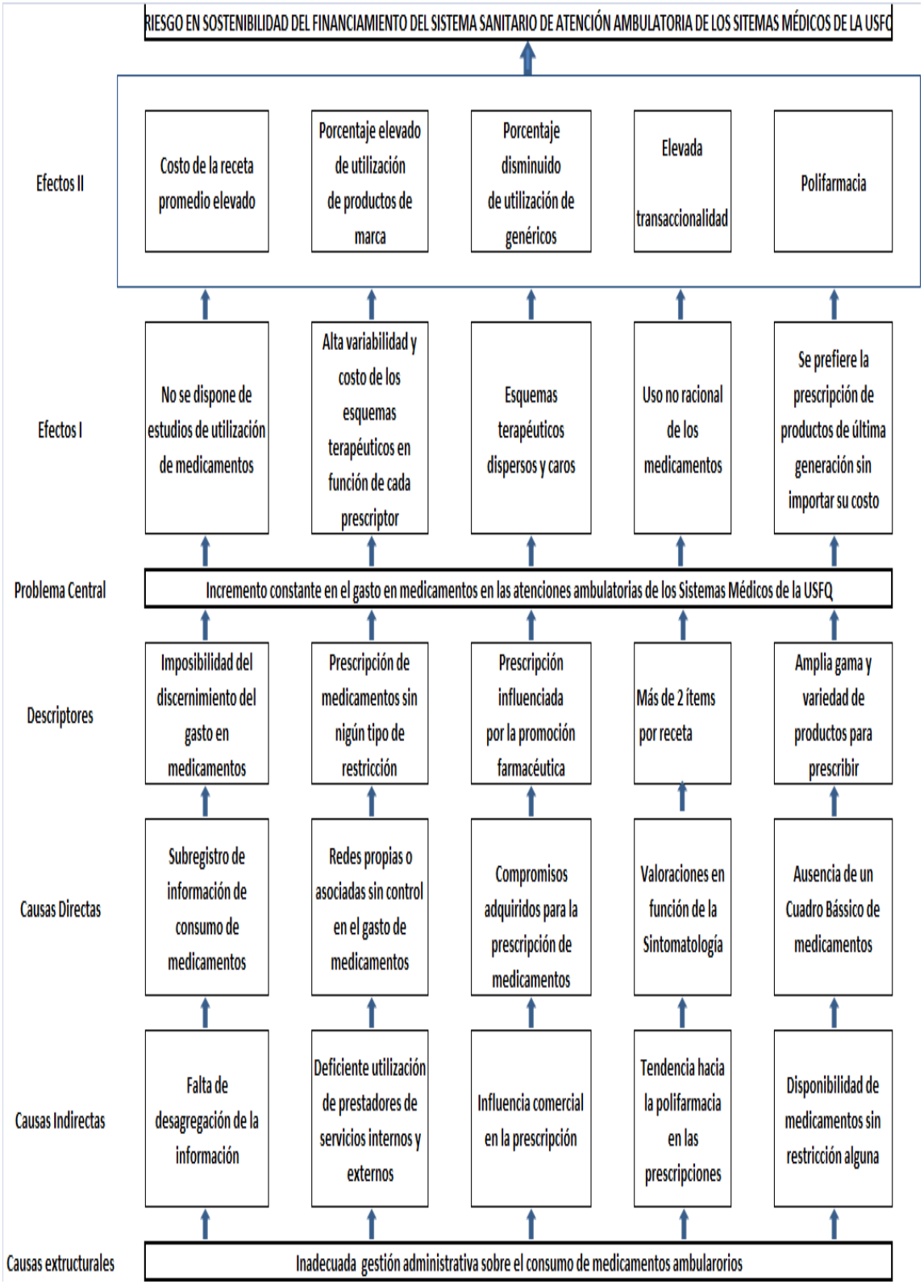
Con el análisis de los datos obtenidos, se establecerán las intervenciones a implementarse concordantes con las políticas fundamentales de la OMS para promover el uso racional de medicamentos como son la elaboración e implementación de una lista de medicamentos esenciales en función de la población atendida y la implementación de la supervisión y auditoría del gasto a través de la revisión periódica de indicadores de receta como costo promedio por receta, porcentaje del gasto en genéricos, porcentaje del gasto en productos de marca, número de ítems por receta y número de unidades por receta.

8.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS

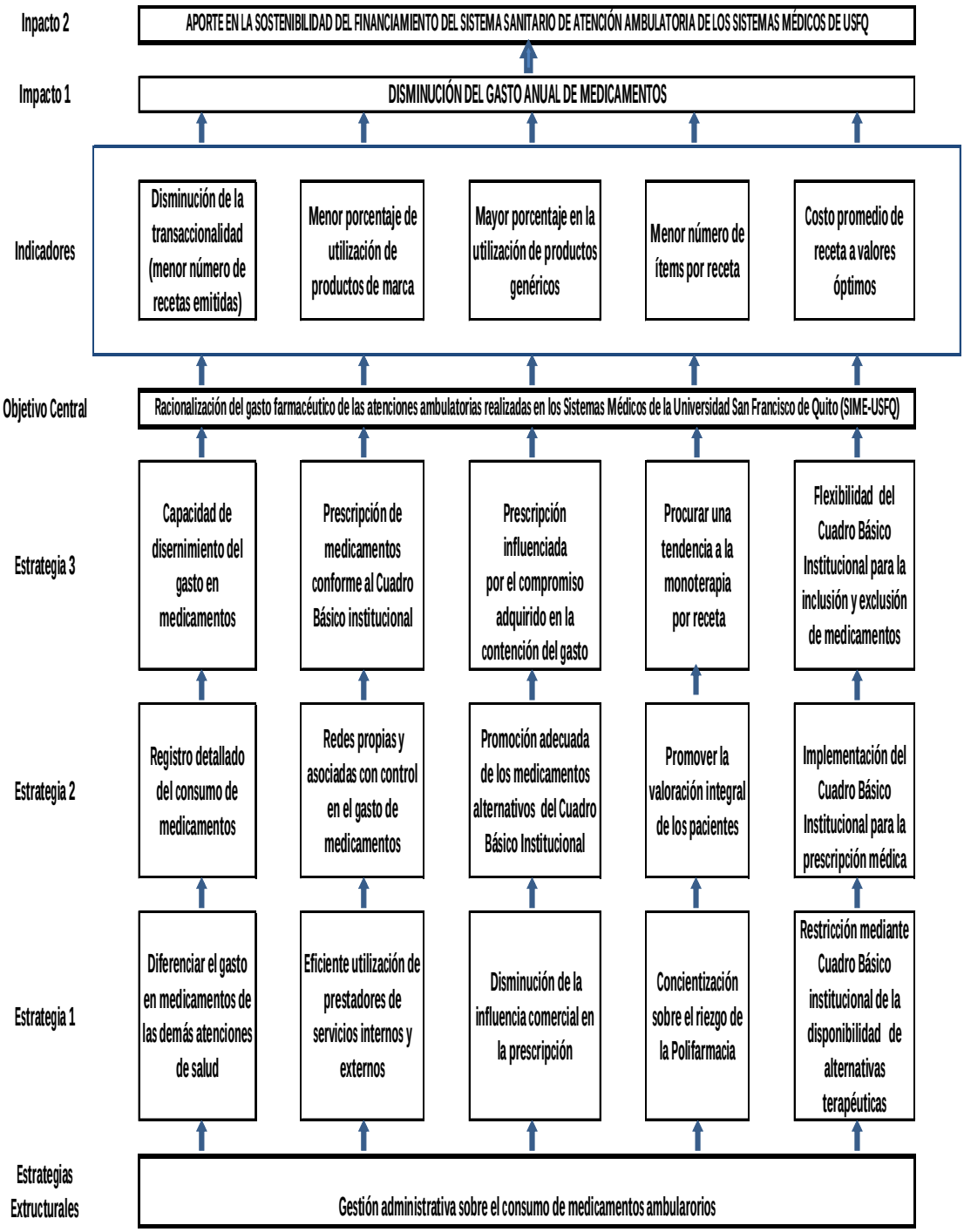
GRUPOS E INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Población asegurada o con cobertura	Disminuir el costo de la prima pagada	**Recursos:** Talento Humano **Mandatos:** Exigir el cumplimiento del derecho al buen vivir en salud	**Pacientes:** Incumplimiento de los esquemas terapéuticos por la compra parcial de medicamentos debido a sus altos costos **Prescriptor:** Alta influencia de las empresas farmacéuticas en el hábito de prescripción
Prestadores de atención médica ambulatoria	Disminuir el gasto en el rubro medicamentos en los procesos de reembolso. Disminuir los gastos operativos y los procesos de auditoría.	**Recursos:** Talento Humano Infraestructura Equipamiento Insumos Económicos **Mandato:** Controlar el gasto en los medicamento	Falta de nivel de desagregación de la información. Redes médicas asociadas sin control y sólo con descuento en servicios.

	Establecer un proceso de control del gasto en medicamentos	producto de las atenciones ambulatorias Optimizar los procesos operativos y de auditoría de reembolsos Generar un control sobre las redes médicas propias y/o asociadas	Redes médicas propias sin control adecuado
Maestrante	Racionalizar el gasto en medicamentos derivado de las atenciones médicas ambulatorias de los Sistemas Médicos de la USFQ	**Recursos:** Talento Humano Tecnológicos **Mandato:** Cumplir con la Misión de la Universidad Técnica Particular de Loja que es: “Buscar la verdad y formar al hombre a través de la ciencia para que sirva a la sociedad”	**Pacientes:** Tendencia a influir sobre el prescriptor para que incluya en sus recetas productos de escasa o nula actividad terapéutica. **Prescriptor:** Tendencia hacia la polifarmacia y a la prescripción de productos de marca

8.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS



8.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS



8.4 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

Nombre del Proyecto: Racionalización del gasto farmacéutico de las atenciones ambulatorias realizadas en los sistemas médicos de la Universidad San Francisco de Quito (SIME-USFQ), Quito, marzo-octubre 2011
Responsable del Proyecto: César Ramiro Meza Bolaños

MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a la sostenibilidad del financiamiento del Sistema Sanitario de atención ambulatoria de los Sistemas médicos de la USFQ mediante la influencia en la evolución del gasto farmacéutico a través de su racionalización	Reducción porcentual del costo de la receta entre un 20% y un 40% Incremento entre 20 y 40 puntos porcentuales el uso de genéricos Disminución entre un 20 y 40 puntos porcentuales el uso de productos de marca Disminución a 2,5 ítems por receta	Reuniones de revisión de indicadores Reportes mensuales	Cada vez más asegurados y empresas del sector solicitan los servicios de SIME-USFQ SIME- USFQ confía en la administración del gasto en medicamentos tendiente a contribuir en la Sostenibilidad del sistema de atención mediante el uso de productos alternativos de menor precio a si como de los medicamentos

			genéricos.
PROPÒSITO Racionalizar el gasto farmacéutico derivado de las atenciones ambulatorias de los pacientes que se atienden en el Sistema de atención médica (SIME-USFQ) mediante la implementación de un modelo de gestión que involucre, la prescripción de productos esenciales y alternativos de menor costo sin perjudicar el correcto, oportuno y eficaz mejoramiento de la salud de los pacientes.	Reducción porcentual del costo de la receta entre un 20% y un 40% Incremento entre 20 y 40 puntos porcentuales el uso de genéricos Disminución entre un 20 y 40 puntos porcentuales el uso de productos de marca Disminución a 2,5 ítems por receta	Reuniones de revisión de indicadores Reportes mensuales	Tanto en las redes propias cuanto en las asociadas se controlan y aportan en la racionalización del gasto farmacéutico
RESULTADOS **1.** Cuadro Básico de Medicamentos institucional para las atenciones ambulatorias de SIME elaborado, socializado e implementado	Porcentaje de utilización de productos invertido. Mayor prescripción de genéricos respecto a los productos de marca	Reportes mensuales del comportamiento de la prescripción por utilización de productos de marca y genéricos	Cada vez mayor número de prescriptores aceptan, consultan y usan el Cuadro Básico institucional en la elaboración de sus recetas
2. Gasto	Se incrementa la	Reuniones de	Cada vez se

	farmacéutico de las atenciones ambulatorias realizadas en los Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco de Quito, racionalizados	prescripción de genéricos hasta en 40 puntos porcentuales	revisión de indicadores Reportes mensuales	prefiere la prescripción de productos alternativos de menor costo y se da impulso a la prescripción de genéricos
		Se reduce la influencia de las farmacéuticas en la prescripción médica por la disminución del gasto en productos de marca hasta en 60 puntos porcentuales	Reuniones de revisión de indicadores Reportes mensuales	Poca o escasa acción de las farmacéuticas en la prescripción médica
		Reducción porcentual del costo de la receta entre un 20% y un 40%. Disminución del número de ítems por receta a 2.5	Reuniones de revisión de indicadores	Las redes médicas propias u asociadas cada vez prescriben menos productos de marca de altos costos, prefiriendo aquellos de menor costo o genéricos
3.	Comportamiento del gasto y la	Costo promedio por receta en	Reuniones de revisión de	Disminuye el gasto en

	contribución de las variables en la disminución, analizados	valores óptimos Porcentaje de utilización de genéricos incrementado Porcentaje de utilización de productos de marca disminuido Menor número de ítems por receta Menor transaccionalidad	indicadores	medicamentos así como el costo por receta y el número de transacciones
4.	Plan de seguimiento y control de las metas planteadas, diseñado y establecido	Comportamiento del costo promedio por receta Comportamiento del porcentaje de utilización de genéricos Comportamiento del porcentaje de utilización de productos de marca Comportamiento	Comités mensuales de revisión de indicadores Reportes mensuales	Las redes propias y asociadas se constituyen en un pilar de la contención del gasto

	del número de ítems por receta		
5. Evaluación del proyecto, realizada	Costo promedio por receta bajo Alto porcentaje de utilización de genéricos Bajo porcentaje de utilización de productos de marca Bajo número de ítems por receta Bajo número de unidades por receta	Comités mensuales de revisión de indicadores Reportes mensuales	Disminución considerable del gasto anual en medicamentos
Actividades	**Responsable**	**Cronograma**	**Recursos**
R1: Elaboración, Socialización e implementación del Cuadro básico de medicamentos institucional para las atenciones ambulatorias de SIME			
A1. Inclusión de productos	**Maestrante**	**17/01/2011 al**	Material de

relacionados con las enfermedades ambulatorias de mayor prevalencia: Respiratorias, Digestivas, Osteomusculares e inflamatorias y Genitourinarias		**07/02/2011**	oficina Horas de trabajo 296 USD
A2. Inclusión en la elaboración del Cuadro Básico Institucional primordialmente de genéricos en los casos en los que si se comercializa el genérico del comercial comúnmente prescrito	**Maestrante**	**17/01/2011 al 07/02/2011**	Material de oficina Horas de trabajo 164 USD
A3. Incluir en la elaboración del Cuadro Básico Institucional el producto de marca de menor precio cuando no existe el genérico comercializado	**Maestrante**	**15/01/2011 al 01/02/2011**	Material de oficina Horas de trabajo 254 USD
A4. Socialización de Cuadro Básico institucional al Cuerpo médico • Presentación del Cuadro Básico en comités internos y reuniones con el cuerpo médico	**Director comercial SIME-USFQ**	**09/02/2011 al 25/02/2011**	Material de oficina Horas de trabajo 225 USD
A5. Implementación del Cuadro Básico institucional para la prescripción en las atenciones ambulatorias de	**Director comercial SIME-USFQ**	**01/03/2011 en adelante**	Material de oficina Horas de trabajo

SIME • Entrega digital del vademécum al cuerpo médico para su consulta a la hora de prescribir			28 USD
R2. Racionalización del gasto farmacéutico de las atenciones ambulatorias realizadas en los Sistemas médicos de la Universidad San Francisco de Quito efectuada			
A1. Medición del comportamiento porcentual en la prescripción de genéricos mes a mes y comparación con la línea de base	**Maestrante**	**Marzo 2011 a octubre 2011**	Material de oficina Horas de trabajo 28 USD
A2. Medición del comportamiento porcentual en la prescripción de productos de marca mes a mes y comparación con la línea de base	**Maestrante**	**Marzo 2011 a octubre 2011**	Material de oficina Horas de trabajo 28 USD
A3. Medición del comportamiento del costo promedio de la receta y comparación con la línea de base	**Maestrante**	**Marzo 2011 a octubre 2011**	Material de oficina Horas de trabajo 56 USD
A4. Identificación del comportamiento del gasto por prestadores	**Maestrante**	**Marzo 2011 a octubre 2011**	Material de oficina Horas de trabajo 56 USD

A5. Medición del comportamiento del número de ítems por receta	**Maestrante**	**Marzo 2011 a octubre 2011**	Material de oficina Horas de trabajo 56 USD
R3. Análisis del comportamiento del gasto y la contribución de las variables en la disminución			
A1. Análisis del comportamiento del gasto respecto a la línea de base • Gasto en medicamentos genéricos • Gasto en medicamentos de marca • Costo promedio de la receta • Número de recetas emitidas (transacciones) • Número de ítems por receta	**Maestrante**	**Marzo 2011 a octubre 2011**	Material de oficina Horas de trabajo 56 USD
A2. Presentación del comportamiento del gasto en medicamentos de las atenciones ambulatorias de SIME-USFQ e identificación de oportunidades de mejora	**Maestrante**	**Marzo 2011 a octubre 2011**	Material de oficina Horas de trabajo 28 USD
R4. Sistema de			

seguimiento y control de las metas planteadas, establecido			
A1. Planteamiento de indicadores del gasto en medicamentos: Receta promedio, porcentaje de uso de genéricos, porcentaje de prescripción de productos de marca, número de ítems por receta, número de unidades por receta	**Maestrante**	**17/01/2011 al 07/02/2011**	Material de oficina Horas de trabajo 25USD
R5. Evaluación positiva del proyecto, realizada			
A1. Resultado positivo del comportamiento del gasto durante el período marzo a octubre del 2011	**Maestrante**	**Diciembre 2011**	Material de oficina Horas de trabajo 280 USD
total			1580 USD

CAPITULO III

9. RESULTADOS

9.1 RESULTADO 1

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS INSTITUCIONAL PARA LAS ATENCIONES AMBULATORIAS DE SIME ELABORADO, SOCIALIZADO E IMPLEMENTADO

Actividad 1.- Inclusión de productos relacionados con las enfermedades ambulatorias de mayor prevalencia: Respiratorias, Digestivas, Osteomusculares e inflamatorias y Genitourinarias

Desde el 17 de enero al 07 de febrero del 2011 se procedió a estructurar el Cuadro Básico Institucional (vademécum) considerando la correspondencia de los productos respecto a las patologías que tendrían cobertura:

a. Enfermedades Respiratorias.

b. Enfermedades Digestivas.

c. Enfermedades Dermatológicas.

d. Enfermedades Osteomusculares e inflamatorias.

e. Enfermedades Genitourinarias

Actividad 2.- Inclusión en la elaboración del Cuadro Básico Institucional primordialmente de genéricos en los casos en los que si se comercializa el genérico respecto al comercial comúnmente prescrito

Del 17 de enero del 2011 al 07 de febrero del mismo año se procedió a elaborar el Cuadro Básico Institucional y uno de los objetivos en la elaboración constituyó el hecho de que se diera preferencia al componente genérico; sin embargo uno de los limitantes con el que nos topamos fue el hecho de que en el país tan sólo se comercializa un porcentaje reducido de genéricos, aproximadamente el 20%, respecto a sus similares de marca.

Con estos antecedentes se obtiene sobre la base de medicamentos comercializados de alrededor de 7000 presentaciones, un Cuadro Básico Institucional de 138 presentaciones de las cuales el 70% son genéricas (96

presentaciones); mientras que el 30% son productos de marca (42 presentaciones).

Las clases terapéuticas en las que se dispone de genéricos son:

- Analgésicos antipiréticos no esteroidales
- Antiasmáticos
- Antibacterianos
- Antihistamínicos
- Antiinfecciosos de uso dérmico
- Antiinflamatorios de uso dérmico
- Antimicóticos de uso sistémico
- Antiparasitarios
- Antitusivos
- Antivirales
- Mucolíticos expectorantes fluidificantes
- Productos que afectan la función motora digestiva

Actividad 3.- Inclusión en la elaboración del Cuadro Básico Institucional del producto de marca de menor precio cuando no existe el genérico comercializado

Debido a que no existe disponibilidad de medicamentos genéricos en todas las especialidades a cubrir, consideramos la cobertura mediante la inclusión al Cuadro Básico Institucional de medicamentos de marca; con la premisa de que deberían ser los de menor costo respecto a sus similares en principio activo.

Con este antecedente se incluyeron productos de marca en las siguientes clases terapéuticas:

- Agentes que afectan la cicatrización
- Analgésicos narcóticos

- Antiácidos antiflatulentos
- Antidiarreicos
- Antigripales
- Antiinfecciosos de uso oftálmicos
- Antiinfecciosos de uso otológicos
- Antisépticos antiinfecciosos genitourinarios
- Antivertiginosos
- Corticoides
- Digestivos
- Reposición de Glucosa y electrolitos
- Tratamiento local del dolor de oídos
- Antiespasmódicos analgésicos de vías urinarias

Con fecha 7 de febrero, se envía a SIME-USFQ el vademécum para utilizar desde el primero de marzo que consta de 138 presentaciones de las cuales el 30% tiene un componente de productos de marca; mientras que el 70% corresponde a presentaciones genéricas.

CUADRO Nº 5

CUADRO BÁSICO INSTITUCIONAL SIME-USFQ

CLASE	SUBCLASE	NOMBRE PRODUCTO	TIPO_MED	PRESENTACION	PRINCIPIO ACTIVO
AGENTES QUE AFECTAN LA CICATRIZACION	REGENERADOR EPITELIAL	ESCALDEX	MARCA	CREMA T/70 GR,	SIN PRINCIPIO ACTIVO
		NISTAGLOS	MARCA	CREMA TOPICA T/30 GR,	NISTATINA, RETINOL (VI
ANALGESICOS - ANTIINFLAMATORIOS - ANTIPIRETI	DERIVADOS DE LA ACETANILIDA	ACETAMINOFEN	GENERICO	JARABE F/120 ML	PARACETAMOL
			GENERICO	TABS, 500 MG C/30	PARACETAMOL
	DERIVADOS DE LA ANILIDA	NIMESULIDA	GENERICO	GOTAS PED, 50 MG F/10 ML,	NIMESULIDA
			GENERICO	SUSP, 50 MG, F/60 ML,	NIMESULIDA
			GENERICO	TABS, 100 MG, C/20	NIMESULIDA
	DERIVADOS DEL ACIDO FENILACETICO	DICLOFENACO	GENERICO	AMP, 75 MG C/1	DICLOFENACO
			GENERICO	COMP, 50 MG C/20	DICLOFENACO
			GENERICO	COMP, DIS, 100MG C/20	SIN PRINCIPIO ACTIVO
			GENERICO	COMP, 25 MG, C/20	DICLOFENACO
	DERIVADOS DEL ACIDO PIRROLIZINCARBO	KETOROLACO	GENERICO	AMP, 30 MG/ML, C/5	KETOROLACO
			GENERICO	TABS, 10MG C/10	KETOROLACO
	DERIVADOS DEL OXICAM	MELOXICAM	GENERICO	TABS, 15 MG C/10	MELOXICAM
			GENERICO	TABS, 7,5 MG C/10	MELOXICAM
	DERIVADOS FENILPROPIONICOS	IBUPROFENO	GENERICO	TABS, 400 MG, C/100	IBUPROFENO
			GENERICO	TABS, 600 MG, C/50	IBUPROFENO
			GENERICO	TABS, 800 MG, C/50	IBUPROFENO
			GENERICO	SUSP, 2% F/120 ML,	IBUPROFENO
		NAPROXENO	GENERICO	TABS, 500 MG, C/10	NAPROXENO
			GENERICO	TABS, 550 MG, C/20	NAPROXENO
			GENERICO	SUSP, 125 MG, F/60 ML,	NAPROXENO
ANALGESICOS NARCOTICOS	ANALGESICOS NARCOTICOS (OPIOIDES)	ACROGESICO	MARCA	AMPS, DE 2 CC, C/10	DEXTROPROPOXIFENO
			MARCA	CAPS, 32MG C/100	DEXTROPROPOXIFENO,
			MARCA	CAPS, 65 MG, C/100	DEXTROPROPOXIFENO
ANTIACIDOS ANTIFLATULENTOS	ANTIFLATULENTOS	AERO-OM	MARCA	FORTE CJA, X 20 125 MG	SIMETICONA
			MARCA	GOTAS F/15 ML,	SIMETICONA
			MARCA	TABS, MAST, C/30	SIMETICONA
ANTIASMATICOS	ANTIASMATICOS ANTIHISTAMINICOS	KETOTIFENO	GENERICO	JARABE 1 MG, F/100 ML,	KETOTIFENO
	BRONCODILATADORES BETA AGONISTAS S	SALBUTAMOL	GENERICO	JARABE 2MG/5ML, F/120 ML,	SALBUTAMOL
ANTIBACTERIANOS	AMINOGLICOSIDOS	GENTAMICINA	GENERICO	COLIRIO 0,3% F/10 ML	GENTAMICINA
			GENERICO	AMPS, 160 MG,	GENTAMICINA
			GENERICO	AMPS, 20 MG, /2 ML,	GENTAMICINA
			GENERICO	AMPS, 40 MG, /1 ML,	GENTAMICINA
			GENERICO	AMPS, 80 MG, /2 ML,	GENTAMICINA
	CEFALOSPORINAS	CEFALEXINA	GENERICO	CAPS, 500 MG C/24	CEFALEXINA
			GENERICO	SUSP, 125 MG, F/60 ML,	CEFALEXINA
			GENERICO	TABS, 1 GR C/20	CEFALEXINA
	CLORANFENICOL	CLORAFENICOL	GENERICO	AMP, 1 GR, C/1	CLORANFENICOL
			GENERICO	CAPS, 500 MG, C/10	CLORANFENICOL
	MACROLIDOS - AZALIDOS	ERITROMICINA	GENERICO	SUSP, 250 MG F/60 ML,	ERITROMICINA
			GENERICO	TABS, 500 MG C/50	ERITROMICINA
			GENERICO	SUSP, 200 MG, F/60 ML	SIN PRINCIPIO ACTIVO
	PENICILINAS	AMOXICILINA	GENERICO	COMP, 750 MG, C/10	AMOXICILINA
			GENERICO	CAPS, 500 MG C/24	AMOXICILINA
			GENERICO	COMP, 875 MG, C/20	AMOXICILINA
			GENERICO	SUSP, 125 MG, F/45 ML,	AMOXICILINA
			GENERICO	SUSP, 250 MG, F/100 ML,	AMOXICILINA
			GENERICO	SUSP, 500 MG F/60 ML	AMOXICILINA

CLASE	SUBCLASE	NOMBRE PRODUCTO	TIPO_MED	PRESENTACION	PRINCIPIO ACTIVO
ANTIBACTERIANOS	PENICILINAS	AMOXICILINA	GENERICO	TABS, 1000 MG, C/20	AMOXICILINA
		PENICILINA	GENERICO	AMPS, BZ, 1'200,000 C/10	PENICILINA G BENZATIN
			GENERICO	AMPS, BZ, 2'400,000 C/10	PENICILINA G BENZATIN
			GENERICO	AMPS, CL, 1'000,000 C/10	PENICILINA G CLEMIZOL
			GENERICO	AMPS, CL, 4'000,000 C/10	PENICILINA G CLEMIZOL
			GENERICO	AMPS, S 5'000,000 C/10	PENICILINA G SODICA
	QUINOLONAS	CIPROFLOXACINA	GENERICO	TABS, 250 MG, C/10	CIPROFLOXACINO
			GENERICO	TABS, 500 MG, C/10	CIPROFLOXACINO
			GENERICO	TABS, 750 MG, C/10	CIPROFLOXACINO
	SULFONAMIDAS	COTRIMOXAZOL	GENERICO	SUSP, 200 MG F/100 ML,	TRIMETOPRIM, SULFAM
			GENERICO	SUSP, 400 MG F/100 ML	SULFAMETOXAZOL, TRI
			GENERICO	TABS, 400/80 MG, C/20	SULFAMETOXAZOL, TRI
			GENERICO	TABS,160/800 MG, C/100	TRIMETOPRIM, SULFAM
ANTIDIARREICOS	ANTIDIARREICOS	IMODIUM	MARCA	CAPS, 2 MG, C/20	LOPERAMIDA
ANTIGRIPALES	ANTIGRIPALES	FLUZETRIN F	MARCA	JARABE F/60 ML	PARACETAMOL, CETIRIZ
			MARCA	TABS, C/10	CETIRIZINA, PSEUDOEFE
		FLUZETRIN S	MARCA	GOTAS PED F/15 ML	PARACETAMOL, CETIRIZ
ANTIHISTAMINICOS	ANTIHISTAMINICOS USO SISTEMICO	LORATADINA	GENERICO	JBE, 5 MG F/100 ML	LORATADINA
			GENERICO	TABS, 10 MG, C/10	LORATADINA
ANTIINFECCIOSOS DE USO DERMICO	ANTIMICOTICOS USO DERMICO	CLOTRIMAZOL+BETA	GENERICO	CREMA T/15 GR,	CLOTRIMAZOL
		KETOCONAZOL	GENERICO	CREMA 2% T/20 GR,	KETOCONAZOL
	ANTIMICROBIANOS USO DERMICO	GARAMICINA	MARCA	CREMA 0,1 T/25 GR	GENTAMICINA
ANTIINFECCIOSOS DE USO OFTALMICO	ANTIMICROBIANOS USO OFTALMICO	BIOGENTA	MARCA	SOL, OFT, 0,3% F/10ML	GENTAMICINA
		GENTAMICINA	GENERICO	COLORIO 0,3% F/10ML	GENTAMICINA
ANTIINFECCIOSOS DE USO OTOLOGICO	ANTIMICROBIANOS USO OTOLOGICO	OTOPREN	MARCA	GOTAS OTICAS F/10 ML,	PREDNISOLONA, NEOMI
ANTIINFLAMATORIOS USO DERMICO	CORTICOIDES USO DERMICO	CLOBETASOL	GENERICO	CREMA 0,05% T/25 GR,	CLOBETASOL
ANTIMICOTICOS DE USO SISTEMICO	ANTIMICOTICOS DE USO SISTEMICO	FLUCONAZOL	GENERICO	CAPS, 150 MG, C/2	FLUCONAZOL
			GENERICO	CAPS, 200 MG, C/4	FLUCONAZOL
			GENERICO	TABS, 50 MG, C/10	FLUCONAZOL
		KETOCONAZOL	GENERICO	TABS, 200 MG, C/10	KETOCONAZOL
ANTIPARASITARIOS	ANTIHELMINTICOS	ALBENDAZOL	GENERICO	SUSP, 100 MG, F/20 ML,	ALBENDAZOL
			GENERICO	TABS, 200 MG, C/2	ALBENDAZOL
			GENERICO	SUSP, 400 MG, F/20 ML,	ALBENDAZOL
		MEBENDAZOL	GENERICO	CAPS, 100 MG, C/60	MEBENDAZOL
			GENERICO	SUSP, F/30 ML,	MEBENDAZOL
	ANTIPROTOZOARIOS TRICOMONICIDAS	METRONIDAZOL	GENERICO	SUSP, 125 MG, F/120 ML,	METRONIDAZOL
			GENERICO	SUSP, 250 MG, F/120 ML,	METRONIDAZOL
			GENERICO	TABS, 500 MG, C/40	METRONIDAZOL
		SECNIDAZOL	GENERICO	TABS, 1 GR C/2	SECNIDAZOL
			GENERICO	TABS, 250 MG, C/4	SECNIDAZOL
			GENERICO	TABS, 500 MG, C/4	SECNIDAZOL
			GENERICO	SUSP, 500 MG F/30 ML	SECNIDAZOL
		TINIDAZOL	GENERICO	TABS, 1 GR, C/4	TINIDAZOL
	ESCABICIDAS PEDICULICIDAS	BENZOATO DE BENC	GENERICO	F/120 ML,	BENCILO BENZOATO
		VERONIQUE	MARCA	COJIN X 10 ML,	PIRETRINA
			MARCA	SOL, F/60 ML,	PIRETRINA
ANTISEPTICOS-ANTIINFECCIOSOS GENITOURINARIO	ANTISEPTICOS URINARIOS	NIFURYL	MARCA	RETARD CAPS, 100 MG C/30	NITROFURANTOINA
			MARCA	SUSP, 25 MG, F/100 ML,	NIFURTOINOL (HIDROXI
		UVAMIN	MARCA	CAPS, RETARD C/20	NITROFURANTOINA

CLASE	SUBCLASE	NOMBRE PRODUCTO	TIPO_MED	PRESENTACION	PRINCIPIO ACTIVO
ANTISEPTICOS-ANTIINFECCIOSOS GENITOURINARIO	ANTISEPTICOS-ANTIINFECCIOSOS DE USO V	ACROMIZOL	MARCA	OVULOS 400 MG, C/60	MICONAZOL
		ACROMONA	MARCA	OVULOS VAG, C/60	METRONIDAZOL, NISTAT
		CLOTRIMAZOL	GENERICO	CREMA VAG, 1% T/40 GR,	CLOTRIMAZOL
		METRONIDAZOL	GENERICO	OVULOS 500 MG, C/10	METRONIDAZOL
ANTITUSIVOS	ANTITUSIVOS SOLOS	DEXTROMETORFANO	GENERICO	JARABE 15 MG/ML F/120 ML,	DEXTROMETORFANO
ANTIVERTIGINOSOS	ANTIVERTIGINOSOS	6-COPIN	MARCA	GOTAS F/10 CC,	CLOROFENOTIAZINILSCO
		ANAUTIN	MARCA	TABS, C/100	DIMENHIDRINATO
ANTIVIRALES	ANTIVIRALES	ACICLOVIR	GENERICO	TABS, 400 MG, C/10	ACICLOVIR
			GENERICO	TABS, 800 MG, C/10	ACICLOVIR
			GENERICO	TABS, 200 MG, C/24	ACICLOVIR
CORTICOIDES	CORTICOIDES	DECADRON	MARCA	AMP, 8MG/2ML C/1	DEXAMETASONA
		DEXAMETASONA	GENERICO	AMP, 4ML/ML C/10	DEXAMETASONA
DIGESTIVOS	DIGESTIVOS ENZIMATICOS	DIGESFLAT	MARCA	TABS, X 50	SIMETICONA, PANCREAT
		PANCREATINA SIMET	GENERICO	TABS, REC, F/30	SIMETICONA, PANCREAT
MUCOLITICOS EXPECTORANTES FLUIDIFICANTES	MUCOLITICOS EXPECTORANTES FLUIDIFICA	AMBROXOL	GENERICO	SUSP, 15 MG, F/120 ML,	DEXTROMETORFANO
			GENERICO	SUSP, 30 MG, F/120 ML,	AMBROXOL
			GENERICO	GOTAS 15 MG, F/20 ML	AMBROXOL
			GENERICO	TABS, 30 MG C /20	AMBROXOL
		BROMHEXINA	GENERICO	JARABE F/120 CC,	BROMHEXINA
PRODUCTOS QUE AFECTAN LA FUNCION MOTORA	LAXANTES - EVACUANTES	CALAS DE GLICERINA	GENERICO	SUPS, ADUL, F/100	GLICERINA
			GENERICO	SUPS, INF, F/100	GLICERINA
	PROCINETICOS	METOCLOPRAMIDA	GENERICO	COMP, 10 MG, C/24	METOCLOPRAMIDA
			GENERICO	GOTAS 4MG/ML F/30 ML,	METOCLOPRAMIDA
REPOSICION DE GLUCOSA Y ELECTROLITOS	REPOSICION DE GLUCOSA Y ELECTROLITOS	HIDRO ORAL,	MARCA	75 CEREZA F/400ML	SIN PRINCIPIO ACTIVO
			MARCA	75 COCO F /400 ML	SIN PRINCIPIO ACTIVO
			MARCA	75 MANDARINA F/400 ML	SIN PRINCIPIO ACTIVO
			MARCA	75 UVA F /400ML	SIN PRINCIPIO ACTIVO
		ORALYTE	MARCA	45 CEREZA F/500 ML	SIN PRINCIPIO ACTIVO
			MARCA	45 COCO F/250 ML	SIN PRINCIPIO ACTIVO
			MARCA	45 MANZANA F/250 ML	SIN PRINCIPIO ACTIVO
			MARCA	45 MANZANA F/500 ML	SIN PRINCIPIO ACTIVO
			MARCA	45 NARANJA F/250 ML	SIN PRINCIPIO ACTIVO
			MARCA	45 NARANJA F/500 ML	SIN PRINCIPIO ACTIVO
			MARCA	75 UVA F/500 ML	SIN PRINCIPIO ACTIVO
			MARCA	90 COCO CI X 10 SOBRE 29 G,	SIN PRINCIPIO ACTIVO
			MARCA	90 FRESA CI X 10 SOBRE 29 G,	SIN PRINCIPIO ACTIVO
			MARCA	90 MANZANA CI X 10 SOBRE 2	SIN PRINCIPIO ACTIVO
		SALES REHIDRATACIO	GENERICO	ORAL SOBRE X 27,9 GR,	SIN PRINCIPIO ACTIVO
TRATAMIENTO LOCAL DEL DOLOR DE OIDOS	ANALGESICOS DE USO OTOLOGICO	OTODYNE	MARCA	GOTAS OTICAS F/13 ML,	ANTIPIRINA, ANESTESIN
TRATAMIENTOS DE VIAS URINARIAS	ANTIESPASMODICOS - ANALGESICOS VIAS	URODIAL	MARCA	COMP, 200 MG C/30	FLAVOXATO CLORHIDRA

Actividad 4.- Socialización del Cuadro Básico institucional al Cuerpo médico

- Presentación del Cuadro Básico en comités internos y reuniones con el cuerpo médico

Una vez enviado el cuadro Básico Institucional llamado Vademécum SIME-USFQ agudos, este fue puesto en consideración al cuerpo médico por parte del Director comercial de SIME dentro de los comités internos; siendo participes los directores médicos de cada punto de atención.

Actividad 5.- Implementación del Cuadro Básico institucional para la prescripción en las atenciones ambulatorias de SIME

El Director comercial de SIME Miguel Andrade, oficializa la utilización del cuadro básico institucional que será utilizado en todos los clientes de manera de optar por un solo listado de medicamentos unificado para las atenciones primarias ambulatorias y su ejecución se inicia el primero de marzo del 2011.

9.2 RESULTADO 2

GASTO FARMACÉUTICO DE LAS ATENCIONES AMBULATORIAS REALIZADAS EN LOS SISTEMAS MÉDICOS DE LA UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO, RACIONALIZADOS

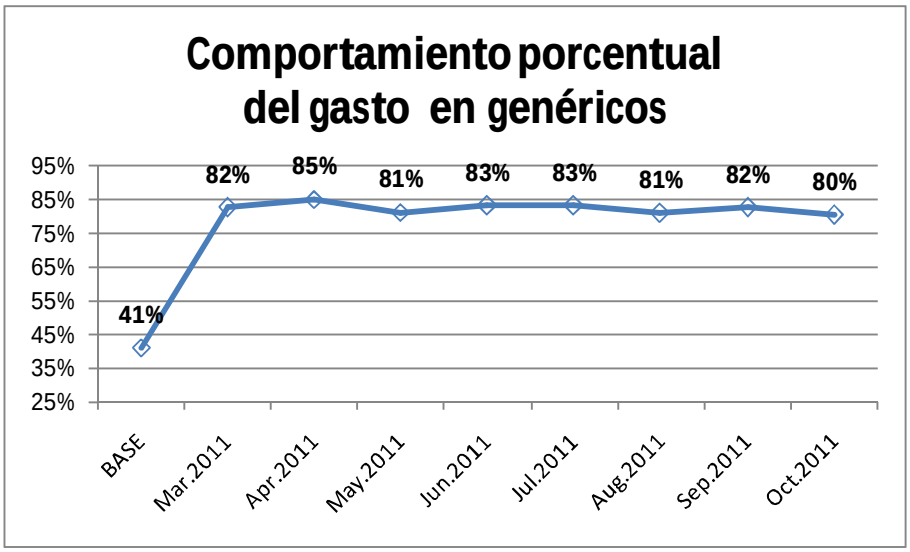
Actividad 1.- Medición del comportamiento porcentual en la prescripción de genéricos mes a mes y comparación con la línea de base

El gasto en medicamentos genéricos de marzo 2011 a octubre del 2011 tuvo como punto de partida el valor de base de 41% referido del análisis del comportamiento del gasto en el año 2010. De marzo a octubre del 2011 una vez implementado el Cuadro Básico Institucional el gasto en medicamentos genéricos tuvo un promedio de 82% con un valor máximo de 85% y un mínimo de 80%. El porcentaje de utilización de genéricos tuvo un incremento de 41 puntos porcentuales respecto a la línea de base.

GRÁFICO Nº 4

COMPORTAMIENTO PORCENTUAL DEL GASTO EN GENÉRICOS

MARZO A OCTUBRE 2011



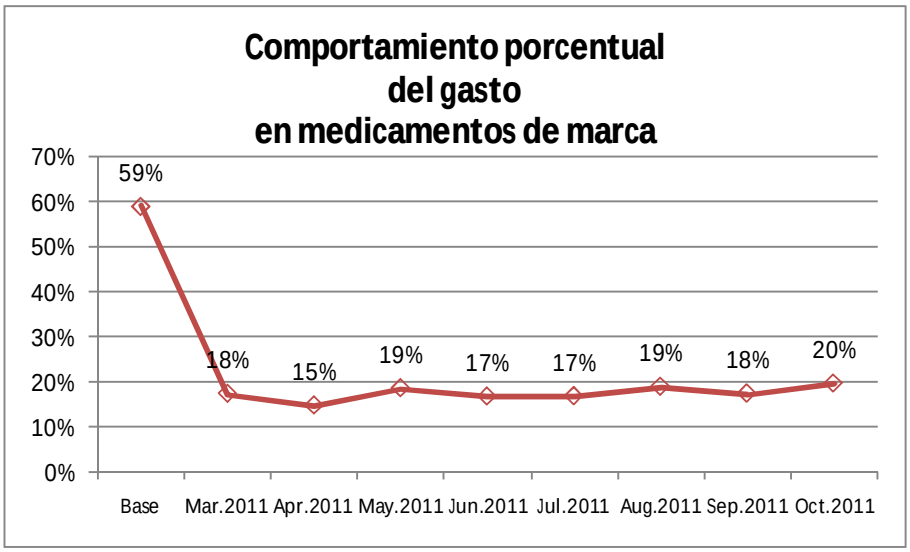
Actividad 2.- Medición del comportamiento porcentual en la prescripción de productos de marca mes a mes y comparación con la línea de base

El gasto en medicamentos de marca en la línea de base fue de 59%. Una vez implementado el Cuadro Básico Institucional, el comportamiento del gasto en medicamentos de marca fue en promedio de marzo a octubre del 18%. Respecto a la línea de base, el gasto en medicamentos de marca descendió en 41 puntos porcentuales

GRÁFICO Nº 5

COMPORTAMIENTO PORCENTUAL DEL GASTO EN MEDICAMENTOS DE MARCA

MARZO A OCTUBRE 2011



Actividad 3.- Medición del comportamiento del costo promedio de la receta

En el periodo de marzo del 2011 a octubre del 2011 se realizaron 7956 prescripciones (transacciones) con un costo promedio por receta de 6,09 USD generando un gasto (crédito) de 48.459 USD. El valor máximo alcanzado en el costo por receta fue de 6,74; mientras que el valor mínimo de 5,58 en el mes de septiembre.

CUADRO N°6

COSTO PROMEDIO DE LA RECETA

MARZO A OCTUBRE 2011

fecha	Total	Mar.2011	Apr.2011	May.2011	Jun.2011	Jul.2011	Aug.2011	Sep.2011	Oct.2011
Gasto	$48459	$5771	$4825	$7351	$6573	$5976	$6994	$5574	$5394
Trx	7956	942	794	1090	1060	1006	1106	999	959
Promedio Receta	$6,09	$6,13	$6,08	$6,74	$6,20	$5,94	$6,32	$5,58	$5,62

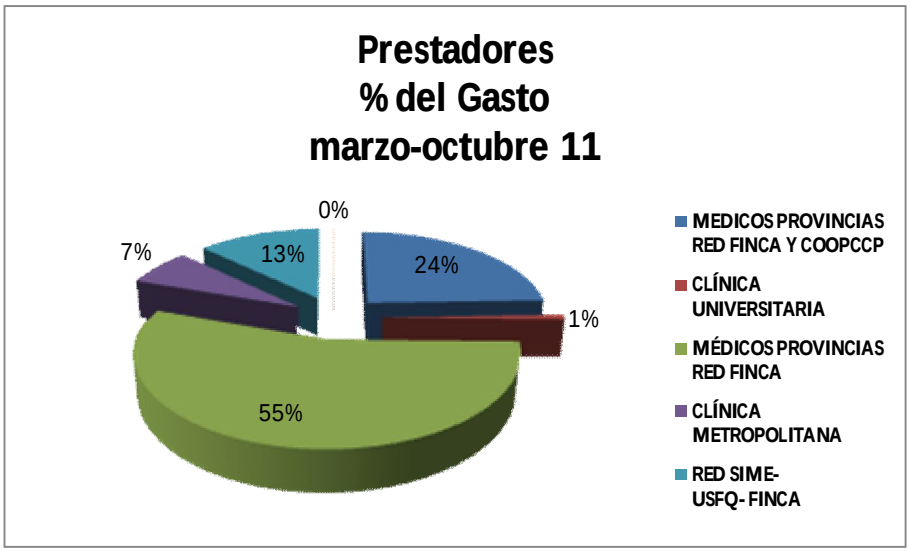
Actividad 4.- Identificación del comportamiento del gasto por prestadores

En el periodo de marzo a octubre del 2011 el gasto en medicamentos por prestadores de atención médica presentó a la Red Médicos Provincias Finca con la mayor concentración del gasto con el 55%, seguido de Red Finca-Coopccp con el 24% y la Red SIME-USFQ-FINCA con el 14%.

GRÁFICO Nº 6

PORCENTAJE DEL GASTO POR PRESTADORES

MARZO A OCTUBRE 2011



El prestador con el menor costo por receta fue la Clínica Universitaria con 4.61 USD seguido de la clínica Metropolitana con 5.35 USD y Médicos Provincias Red Finca con 5.76 USD.

De igual manera el prestador con el mayor gasto en genéricos fue Juan Pio de Mora con el 97% seguido de la red Clínica Metropolitana con el 89% y Médicos Provincias Red Finca y Coopccp-Finca con el 13%.

CUADRO N°7

GASTO POR PRESTADORES MARZO-OCTUBRE 2011

PRESTADORES	MEDICOS PROVINCIAS RED FINCA Y COOPCCP	CLÍNICA UNIVERSITARIA	MÉDICOS PROVINCIAS RED FINCA	CLÍNICA METROPOLITANA	RED SIME-USFQ- FINCA	JUAN PIO DE MORA RED
Gasto	$11866	$387	$26662	$3313	$6189	$26
% del Gasto	24%	1%	55%	7%	13%	0%
Trx	1627	84	4630	619	987	4
% de las Trx	20%	1%	58%	8%	12%	0%
Promedio Receta	$7,29	$4,61	$5,76	$5,35	$6,27	$6,55
%Genérico	83%	70%	83%	89%	77%	97%
%Marca	17%	30%	17%	11%	23%	3%

Actividad 5.- Medición del comportamiento del número de ítems por receta

Durante el periodo de marzo a octubre del 2011, el comportamiento del número de ítems por receta tuvo un promedio de 2,6 ítems por prescripción; es decir el 23% de las recetas tuvieron más de dos ítems que es 9 puntos porcentuales menos que la línea de base.

CUADRO N°8

NÚMERO DE ÍTEMS POR RECETA

MARZO A OCTUBRE 2011

	Promedio	Mar.2011	Apr.2011	May.2011	Jun.2011	Jul.2011	Aug.2011	Sep.2011	Oct.2011
Ítems / Trx	2,6	2,5	2,5	2,7	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6
Promedio Receta	$6,09	$6,13	$6,08	$6,74	$6,20	$5,94	$6,32	$5,58	$5,62

9.3 RESULTADO 3

COMPORTAMIENTO DEL GASTO Y LA CONTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES EN LA DISMINUCIÓN, ANALIZADOS

Actividad 1.- Análisis del comportamiento del gasto respecto a la línea de base

- **Utilización de genéricos**

El gasto en medicamentos genéricos en el periodo de marzo a octubre del 2011 representó el 82%; valor que es 41 puntos porcentuales más alto que el referido en la línea de base de 41% y que influyó notablemente en el descenso del costo de la receta hasta el valor de 6.09 USD.

CUADRO Nº 9

GASTO EN GENÉRICOS

MARZO A OCTUBRE 2011

	Marzo a Octubre 2011	LÍNEA BASE
Gasto	$48.459	
Trx	7956	
Promedio Receta	$6,09	
%Genérico	82%	41%

- **Utilización de productos de marca**

El porcentaje de utilización de productos de marca durante el periodo de marzo a octubre del 2011, tuvo un descenso de 41 puntos porcentuales respecto a la línea de base de 51% con un promedio del 18%. Este descenso tiene que ver con la disminución de la disponibilidad de productos de marca en el Cuadro Básico Institucional, permitiendo una mayor prescripción de genéricos y un descenso en el gasto que se refleja en el bajo costo promedio por receta.

CUADRO N°10

GASTO EN PRODUCTOS DE MARCA

MARZO A OCTUBRE 2011

	Marzo a Octubre 2011	LÍNEA BASE
Gasto	**$48.459**	
Promedio Receta	**$6,09**	
%Marca	**18%**	**59%**

- **Número de recetas emitida (Transacciones)**

La evolución del gasto en medicamentos tiene como uno de los componentes influyentes el número de transacciones o prescripciones (recetas emitidas); mientras mayor número de transacciones se realicen, mayor será el gasto en medicamentos; sin embargo mientras mayor número de transacciones se realicen con un costo promedio bajo, menor será el impacto en el gasto y por el contrario permitirá mayor acceso a las atenciones de salud. En nuestro caso el número de transacciones mensuales tuvo un descenso del 15% respecto a la línea de base pasando de 1172 a 995 Transacciones por mes en promedio.

CUADRO N°11

NÚMERO DE RECETAS EMITIDAS (TRANSACCIONES REALIZADAS)

MARZO A OCTUBRE 2011

	Marzo a Octubre 2011 PROMEDIO	LÍNEA BASE PROMEDIO
Gasto	**$6.057**	**$ 15.550**
Trx	**995**	**1172**

- **Número de ítems por receta**

Otra de las variables que influyen en el comportamiento del gasto en medicamentos es el número de ítems por receta. Mientras mayor número de ítems posea una prescripción, más cara será esta. Con respecto a la línea de base, el número de ítems por receta disminuyó en 9 puntos porcentuales; es decir que un nueve por ciento de las recetas que usualmente tenían más de dos ítems, redujeron hasta colocarse en dos ítems contribuyendo de esta manera tanto a la disminución del gasto farmacéutico cuanto a la disminución de la polifarmacia y por ende a una menor tendencia a posibilidad de generarse una reacción adversa a los medicamentos.

Actividad 2.- Presentación del comportamiento del gasto en medicamentos de las atenciones ambulatorias de SIME-USFQ e identificación de oportunidades de mejora

Mes a mes desde marzo del 2011 se realizaron reuniones de presentación del comportamiento del gasto al Director comercial de SIME donde fueron expuestos la evolución de cada una de las variables del comportamiento del gasto farmacéutico como el costo promedio de la receta, el porcentaje de utilización de genéricos, el porcentaje del gasto en productos de marca, el número de ítems por receta y el número de unidades por receta; cada una de ellas hasta el nivel de desagregación por prestador y prescriptor. Adicionalmente durante el mes de noviembre se realizaron reuniones en los Centro Médicos de SIME-USFQ de los Chillos, Cumbaya y Quito con los prescriptores con el propósito de provocar la retroalimentación respectiva del Cuerpo Médico y la identificación de oportunidades de mejora en la contención del gasto.

IMAGEN Nº 1

MINUTA DE REUNIÓN (extracto)

CENTROMÉDICO SIME-USFQ- LOS CHILLOS

MINUTA REUNI ÓN

REUNIÓN	**SEC**	**PROYECTO / FUNCIÓN**	
ABF- SIME USFQ LOS CHILLOS		REUNIÓN TÉCNICA	
FECHA REUNIÓN		**HORA REUNIÓN**	**REDACTOR**
Octubre/31/2011		13:15	CÉSAR MEZA
TIPO REUNIÓN			
	Minuta		Otro (Especificar)
			PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DEL GASTO EN MEDICAMENTOS

PARTICIPANTES		
Nombre	**Empresa**	**Cargo**
DR. MAURICIO MENA	CLÍNICA UNIVERSITARIA-LOS CHILLOS	DIRECTOR MÉDICO
DIANELA ROSERO	CLÍNICA UNIVERSITARIA-LOS CHILLOS	MÉDICA INTERNISTA
IVAN SALAZAR	CLÍNICA UNIVERSITARIA-LOS CHILLOS	MÉDICO CLÍNICO
WILLIAM SIGCHA	CLÍNICA UNIVERSITARIA-LOS CHILLOS	PEDIATRA
MIGUEL ANDRADE	SIME-USFQ	DIRECTOR COMERCIAL
CESAR MEZA		QUÍMICO FARMACÉUTICO

TEMAS TRATADOS

1 **PRESENTACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL GASTO SIME FEB -SEP 2011**

- César Meza presentó el comporta miento global del gasto de Sime-USFQ en el periodo de febrero a septiembre del 2011 indicando como influyen las diferentes variables sobre el gasto y el costo promedio por receta.
- Se presentó los diferentes niveles de desagregación de la información del comportamiento del gasto ennnel periodo mencionado por clase terapéutica, Subclase terapéutica y producto .
- Se evidenció que el nivel de información generada, puede llegar hasta el prescriptor p ermitiendo determinar perfiles de comportamiento tanto en la utilización de genéricos como en el número de ítems y unidades por receta.
- Al revisar la información de Sime -USFQ-Chillos podemos notar que la

IMAGEN Nº 2

MINUTA DE REUNIÓN (extracto)

CENTROMÉDICO SIME-USFQ- CUMBAYA

MINUTA REUNI ÓN

REUNIÓN	**SEC**	**PROYECTO / FUNCIÓN**	
ABF- SIME USFQ CUMBAYA		REUNIÓN TÉCNICA	
FECHA REUNIÓN		**HORA REUNIÓN**	**REDACTOR**
Noviembre/01/2011		12:00	CÉSAR MEZA
TIPO REUNIÓN			
	Minuta		Otro (Especificar)
			PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DEL GASTO EN MEDICAMENTOS

PARTICIPANTES		
Nombre	**Empresa**	**Cargo**
DRA. CAROLINA JERVIS	CLÍNICA UNIVERSITARIA-CUMBAYA	DIRECTOR MÉDICO
ANDREA HERNÁNDEZ	CLÍNICA UNIVERSITARIA-CUMBAYA	ADMINISTRADORA
MIGUEL ANDRADE	SIME-USFQ	DIRECTOR COMERCIAL
CESAR MEZA		QUÍMICO FARMACÉUTICO

TEMAS TRATADOS

1 **PRESENTACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL GASTO SIME FEB -SEP 2011**

- César Meza presentó el comporta miento global del gasto de Sime -USFQ en el periodo de febrero a septiembre del 2011 indicando como influyen las diferentes variables sobre el gasto y el costo promedio por receta.
- Se presentó los diferentes niveles de desagregación de la información del comportamiento del gasto en el periodo mencionado por clase terapéutica, Subclase terapéutica y producto .
- Se evidenció q ue el nivel de información generada, puede llegar hasta el prescriptor p ermitiendo determinar perfiles de comportamiento tanto en la utilización de genéricos como en el número de ítems y unidades por receta.
- Al revisar la información de Sime -USFQ-Cumbaya podemos notar que la transaccionalidad es escasa respecto al total de transacciones con apenas 50 transacciones en el periodo Febrero -Septiembre 11.

- El gasto en medicamentos tiene un considerable contenido de productos destinados a pacientes crónicos de a hí que la segunda clase terapéutica sea los antihipertensivos con el 17% y considerando existe

IMAGEN Nº 3

MINUTA DE REUNIÓN (extracto)

CENTRO MÉDICO SIME-USFQ- QUITO

MINUTA REUNI ÓN

REUNIÓN	**SEC**	**PROYECTO / FUNCIÓN**	
SIME USFQ QUITO		REUNIÓN TÉCNICA	
FECHA REUNIÓN		**HORA REUNIÓN**	**REDACTOR**
Noviembre/08/2011		13:30	CÉSAR MEZA
TIPO REUNIÓN			
	Minuta		Otro (Especificar)
			PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DEL GASTO EN MEDICAMENTOS

PARTICIPAN TES		
Nombre	**Empresa**	**Cargo**
DR. FRANCISCO MEJÍA	CLÍNICA UNIVERSITARIA	DIRECTOR MÉDICO
VALERIA SÁNCHEZ	CLÍNICA UNIVERSITARIA	ADMINISTRADORA
CESAR MEZA		BIOQUÍMICO FARMACÉUTICO

TEMAS TRATADOS

1 **PRESENTACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL GASTO SIME FEB -SEP 2011**

- César Meza presentó el comportamiento global del gasto de Sime -USFQ en el periodo de febrero a septiembre del 2011 indicando como influyen las diferentes variables sobre el gasto y el costo promedio por receta.
- Se presentó los diferentes niveles de desagregación de la información del comportamiento del gasto en el periodo mencionado por clase terapéutica, Subclase terapéutica y producto.
- Se evidenció que el nivel de información generada, puede llegar hasta el prescriptor permitiendo determinar perfi les de comportamiento tanto en la utilización de genéricos como en el número de ítems y unidades por receta.
- Al revisar la información de Sime -USFQ -Quito podemos notar que el gasto en medicamentos tiene un alto contenido de productos destinados a pacientes crónicos de ahí que la primera clase terapéutica sea los antihipertensivos con el 69% del gasto seguido de los reguladores del metabolismo óseo, los hipoglicemiantes y los minerales; en tal virtud y considerando que en especial para los antihipertensivos existe una escasa presencia de los equivalentes genéricos en el mercado farmacéutico ecuatoriano; se sugirió la posibilidad de utilizar medicamentos alternativos de marca que son entre un 20% a un 30% de menor costo a los habitualmente prescritos así: el V artalan D puede sustituir al Diovan HCT, el Cordiax D al

9.4 RESULTADO 4

PLAN DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS METAS PLANTEADAS, DISEÑADO Y ESTABLECIDO

Actividad 1.- Planteamiento de indicadores del gasto en medicamentos: Receta promedio, porcentaje de uso de genéricos, porcentaje de prescripción de productos de marca, número de ítems por receta, número de unidades por receta.

El seguimiento y control se efectúa mediante la medición mensual de las variables del gasto y el análisis de su evolución; un porcentaje alto en genéricos, bajo en productos de marca, un número menor de ítems unidades por receta; aseguran costos promedio por receta óptimos. Este comportamiento puede ser medido de manera global y cuando se detecta un incremento del costo por receta, se puede identificar el desenvolvimiento del prestador de salud que está provocando este comportamiento y dentro de este o estos prestadores; cuál es el prescriptor que ha incrementado su valor promedio de receta; la causa y cuál debe ser la propuesta para volver a los valores deseados. En función de lo indicado, se plantean las siguientes gráficas de control de la evolución del gasto farmacéutico.

GRÁFICO Nº7

DIAGRAMA DE CONTROL DEL GASTO

GASTO-COSTO PROMEDIO DE RECETA-USO DE GENÉRICOS

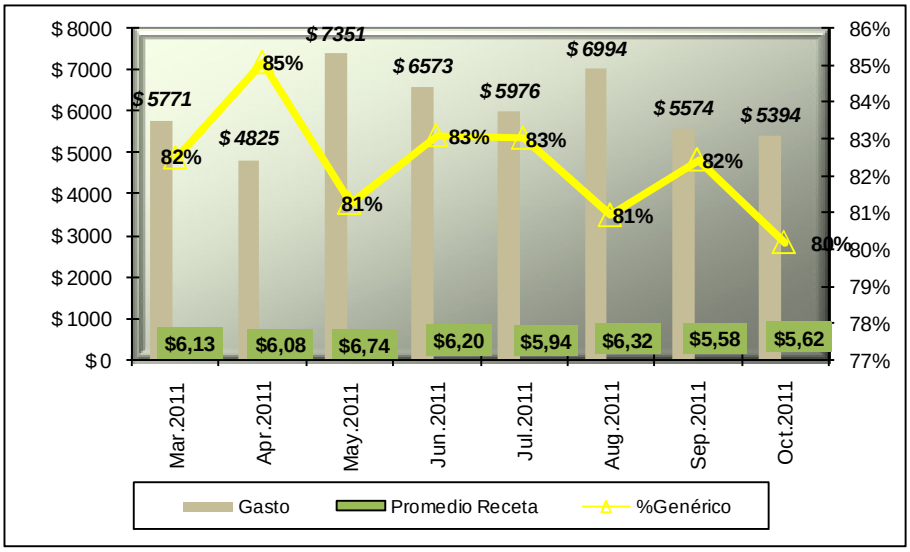


GRÁFICO Nº8

DIAGRAMA DE CONTROL DEL GASTO

COSTO PROMEDIO DE RECETA-USO DE MARCA Y GENÉRICOS

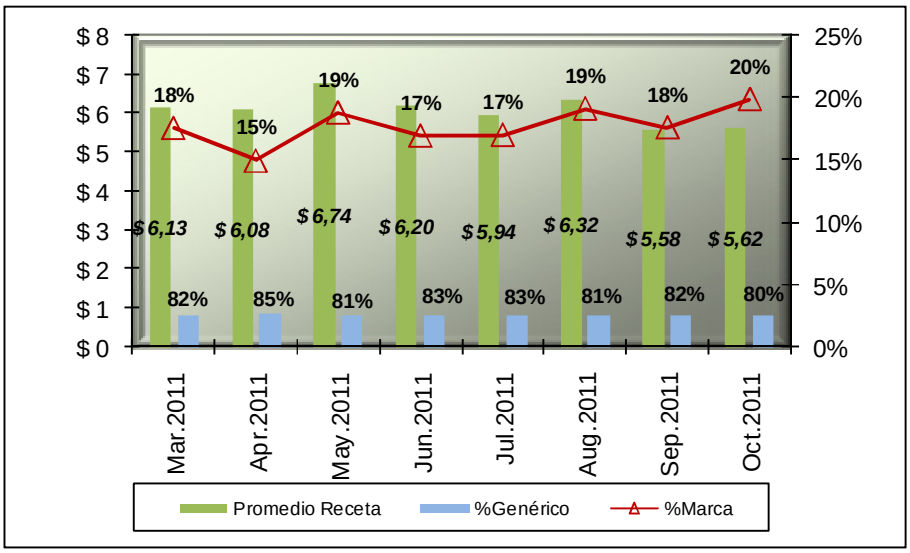
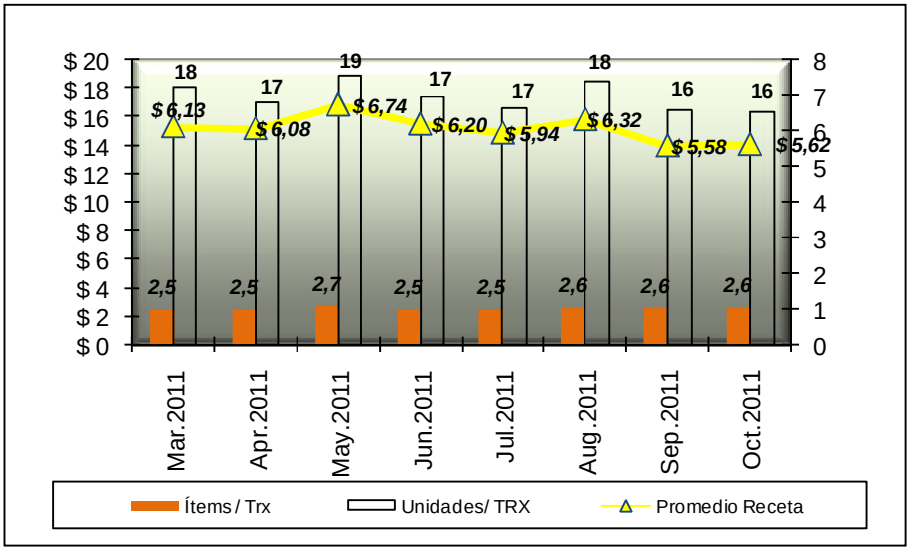


GRÁFICO Nº9

DIAGRAMA DE CONTROL DEL GASTO

COSTO PROMEDIO DE RECETA-ÍTEMS Y UNIDADES POR RECETA



9.5 RESULTADO N°5

EVALUACIÓN DEL PROYECTO, REALIZADA

Actividad 1.- Resultado positivo del comportamiento del gasto durante el período marzo a octubre del 2011

- **Total del gasto incurrido y su disminución**

El total del gasto incurrido en el periodo de marzo a octubre del 2011 fue de 48459 USD para 7956 transacciones con un costo promedio por receta de 6,09 USD. Si consideramos el valor del costo promedio de la línea de base de 13,27 USD; el ahorro alcanzado sería de 57117 USD que corresponde a una disminución del gasto del 54%

- **Total de prescripciones realizadas**

El promedio de prescripciones realizadas o recetas emitidas en el periodo de marzo a octubre del 2011 fue de 995 con un descenso del 15% respecto a la línea de base; es decir 177 recetas menos por mes provocando un ahorro mensual de 2349 USD.

- **Utilización de genéricos**

El incremento en la utilización de genéricos fue de 41 puntos porcentuales respecto a su valor base de 41% ubicándose el 81%; es decir 2 veces mayor al valor de base y 16 veces más alta que la utilización de genéricos referido a nivel nacional.

- **Utilización de productos de marca**

El gasto en productos de marca tuvo un descenso de 41 puntos porcentuales pasando de 59% a 18% disminuyendo de esta manera la influencia del costo de los productos de marca sobre el gasto farmacéutico; haciendo de las atenciones de Sistemas Médicos más asequibles a los diferentes estratos de la sociedad sin disminuir la calidad y calidez de la atención prestada y procurando siempre el oportuno restablecimiento de la salud de los pacientes atendidos.

- **Número de ítems por receta**

La disminución en el gasto farmacéutico tuvo también como influencia un descenso del número de ítems por prescripción pasando de 2,95 a 2,6 ítems por receta; lo que indica una disminución de al menos 9 puntos porcentuales.

Es decir menor número de recetas tuvieron más de dos ítems por receta; contribuyendo de esta manera en el descenso del gasto en medicamentos y en la disminución de la tendencia a la polifarmacia y a la posibilidad de provocar una reacción adversa a los medicamentos.

10. ANÁLISIS

10.1 ANÁLISIS DEL FIN

La contribución a la racionalización del gasto en medicamentos de las atenciones ambulatorias de los Sistemas Médicos de USFQ tuvo como principal objetivo procurar apoyar a la sostenibilidad del financiamiento del Sistema Sanitario de Sistemas Médicos de la USFQ cuyo gasto en medicamentos representó en el 2010 el 40% del total de su prestación médica; hecho que puso en desventaja frente a otros prestadores de salud y frente a sus clientes. Estos últimos cada vez demandantes de mayores beneficios para sus afiliados. De ahí que una forma de ampliar el abanico de posibilidades de atención (mayores beneficios) no sólo a enfermedades más comunes tuvo como principal camino la racionalización del gasto en medicamentos de manera que se genere un ahorro que contribuya a cubrir las nuevas necesidades tanto de los asociados como de los clientes y permita un mayor acceso a las atenciones de salud.

En virtud de lo anotado a través de la implementación del Listado o Cuadro Básico Institucional, su control y seguimiento, se obtuvo un ahorro en el periodo de marzo a octubre del 2011 de 57117 USD que corresponde a una disminución del gasto en medicamentos del orden del 54%; es decir las medidas del contención del gasto tomadas como fueron: implementación de un Listado Básico de Medicamentos, el impulso de la prescripción de productos genéricos, la utilización de productos de marca de menor costo y una tendencia hacia la monoterapia, aportaron positivamente en la racionalización del gasto.

10.2 ANÁLISIS DEL PROPÓSITO

La contribución en la sostenibilidad del financiamiento del Sistema Sanitario de Atención Ambulatoria de SIME-USFQ a través de la racionalización del gasto en medicamentos tuvo como inicio el análisis de la situación de base con la

identificación del gasto incurrido mensual, la identificación del costo promedio por receta y el número de ítems por prescripción. Sobre esa base, se estructuró el Listado Básico de Medicamentos Institucional considerando las enfermedades de mayor frecuencia e incluyendo productos genéricos y de marca de costos accesibles; con el propósito de cubrir adecuadamente las atenciones ambulatorias, procurando el bienestar y correcto restablecimiento de los pacientes.

Este listado una vez socializado y aceptado por el cuerpo médico, se lo implementó obteniendo en el periodo de marzo a octubre del 2011 un ahorro del 54% del gasto que es 24 puntos porcentuales mayor al ahorro esperado y con un costo por receta que es 7.18 USD más bajo que el correspondiente al de el periodo del 2010; merced a una mayor utilización de genéricos, una menor utilización de productos de marca, menor número de transacciones y menor número de ítems por prescripción; cumpliéndose con el propósito de disminuir el gasto en medicamentos en las atenciones ambulatorias de los Sistemas Médicos de la USFQ-Quito con un costo de receta promedio que descendió en un 54% llegando a un valor de 6,09 USD.

10.3 ANÁLISIS GENERAL

El gasto en medicamentos o gasto farmacéutico es una prioridad de los países desarrollados; en especial en estas últimas décadas en las que hemos vivido por una serie de crisis económico-financieras que han puesto en peligro la sostenibilidad de los Sistemas de Salud. Nuestro país no se encuentra aislado de esta realidad; por el contrario, presenta un elevado gasto en el rubro medicamentos siendo porcentualmente mayor incluso a países de la misma región como Colombia, Costa Rica o Argentina. En el Ecuador el gasto en medicamentos constituye el 28% del gasto total de las atenciones de salud que es considerado elevado versus cifras de 16% y 18% en la región.

Esta problemática en los Sistemas Médicos de la USFQ es mucho mayor ya que el gasto en medicamentos corresponde al 40% del gasto de sus atenciones; este hecho influyo negativamente en la sostenibilidad del financiamiento de su Sistema de atención, en su mayor parte dirigido a clientes de escasos recursos económicos, sujetos de créditos no tradicionales, comunales y requirentes de acceso al cuidado de su salud y de sus familias.

Este acceso a las atenciones de salud procura incluir a aquella población que no dispone de un seguro médico público o privado e inicialmente involucraba la cobertura de enfermedades de mayor frecuencia a través del pago del servicio incluido dentro de su crédito otorgado. Sin embargo este valor fue quedando corto respecto el gasto incurrido en la compra de medicamentos; obligando a Sistemas Médicos de la USFQ a la búsqueda de alternativas que provoquen la disminución del gasto farmacéutico. Una medida considerada fue la de incrementar la contribución por la prestación de los servicios de atención; medida que podría traer consigo una desvinculación de clientes y por tanto la inestabilidad del Sistema creado.

Otra medida fue la búsqueda de la racionalización del gasto farmacéutico, oportunidad que diera pie a la consecución de esta tesis de grado "Racionalización del gasto farmacéutico de las atenciones ambulatorias realizadas en los Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco de Quito ". El ahorro generado por esta racionalización del gasto tiene como fin aportar al sostenimiento del Sistema de Salud de la USFQ y con la experiencia obtenida, ampliar su abanico de prestación de salud a otras especialidades a costos que permitan una mayor adhesión de los clientes y afiliados.

La información del gasto en medicamentos de Sistemas Médicos de la USFQ no disponía de niveles de desagregación que permitan el conocimiento detallado del gasto y la identificación de oportunidades de control y mejora del mismo; por lo que, inicialmente se procedió a medir la línea de base del histórico del gasto farmacéutico en el 2010 para conocer el valor de la receta promedio, el porcentaje de utilización de genéricos, el porcentaje de utilización

de productos de marca, el número de ítems y unidades por receta. Adicionalmente sus centros médicos propios y asociados disponían de una amplia variedad de medicamentos para la prescripción.

Una vez conocida la línea de base; se procedió a elaborar el Listado o Cuadro Básico Institucional para las enfermedades de mayor frecuencia y con la consideración de que se diera preferencia de inclusión a los productos comercializados con la denominación común DCI; es decir a los genéricos y en aquellas especialidades farmacéuticas en las que no se comercializan los genéricos, considerar la inclusión de los productos de marca de menor precio. De esta manera el Cuadro Básico institucional se conformo con un 70% de presentaciones genéricas y un 30% de marca.

La socialización, implementación, promoción, seguimiento de la utilización del Cuadro Básico Institucional provocó una disminución del gasto en el periodo de Marzo a Octubre del 2012 del 54% que corresponde a un ahorro de 57117 USD en el mencionado periodo. Esta disminución tuvo como influyentes un incremento del gasto en medicamentos genéricos de 41 puntos porcentuales, colocándose en 81% del componente del gasto. Paralelamente el gasto en productos de marca disminuyó en 41 puntos porcentuales, situándose en 18%. Adicionalmente el número de atenciones con medicación disminuyó en un 15%.

Finalmente como se puede observar se cumplió con el objetivo general de racionalizar el gasto farmacéutico derivado de las atenciones ambulatorias de los pacientes atendidos en el Sistema de Atención Médica de la USFQ-SIME y de esta manera se contribuyó al mantenimiento del acceso a la atención de salud de sus clientes de escasos recursos y la posibilidad de incrementar los beneficios prestados sin tener que aumentar el cobro por la atención brindada; así como volverse atractivos a nuevos clientes.

10.4 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS ESPERADOS Y EL INDICADOR

La disminución del gasto como indicador de la racionalización del gasto farmacéutico en las atenciones de salud de Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco de Quito (SIME-USFQ) tuvo la influencia directa del descenso del costo promedio por receta que disminuyó en un 54% debido al incremento de la prescripción de productos genéricos en 41 puntos porcentuales, a la disminución de la utilización de productos de marca en 41 puntos porcentuales y al descenso de nueve puntos porcentuales en el número de ítems por receta. Adicionalmente al descenso del costo promedio de la receta, se redujo la transacccionalidad en un 15% es decir descendió el número de recetas emitida durante las atenciones realizadas que es otro componente importante de la evolución del gasto en medicamentos.

Todos estos cambios que se produjeron tuvieron como principal sostén la posibilidad de elaborar, socializar, implementar y monitorizar un Cuadro Básico Institucional para la prescripción de los pacientes atendidos con la inclusión preferencial del componente genérico.

11. CONCLUSIONES

- La racionalización del gasto en medicamentos durante el periodo de marzo a octubre del 2011 produjo un ahorro del 54% lo que supone una reducción mensual de al menos 7140 USD merced a la influencia del seguimiento y control de las variables porcentaje de utilización de genéricos, porcentaje de utilización de productos de marca, costo promedio por receta y número de transacciones o atenciones con receta. Esta disminución del gasto contribuye al sostenimiento del Sistema de Salud de SIME-USFQ y al mejoramiento al acceso de sus atenciones de salud conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia que dicta nuestra constitución y la política del Estado en el programa Nacional de aseguramiento que impulsa la promoción de salud, la prevención la curación y la rehabilitación a través de una cobertura gradual.

- La elaboración e implementación del Cuadro Básico Institucional permitió disminuir el indiscriminado abanico de posibilidades para la prescripción privilegiando la utilización de productos esenciales y genéricos acorde con los principios de racionalización del gasto farmacéutico.

- El costo promedio por receta tuvo un descenso del 54% respecto a la línea base lo que implica un ahorro de 57117 USD en el periodo de marzo a octubre del 2011 y que es 12 puntos porcentuales por encima del máximo esperado (40% de reducción de la receta promedio).

- El descenso del costo por receta tiene que ver con el incremento en la prescripción de productos genéricos en el orden de 41 puntos porcentuales más respecto a la línea de base lo que le sitúa a 1 punto porcentual por encima de lo esperado (82% de uso de genéricos).

- El decrecimiento de la utilización de productos de marca en 41 puntos porcentuales, influyo en el descenso del costo promedio por receta y por ende en la racionalización y ahorro del gasto. Este decrecimiento situó a la utilización de productos de marca en un 18% valor que es 2.8 veces menor a la línea de base.

- El número de transacciones por mes tuvo un descenso del 15% tras la implementación del Cuadro Básico Institucional; el mismo que redujo el abanico, indiscriminado, de productos a aquellos destinados a atender las enfermedades más frecuentes.

- El número de ítems por receta que influye tanto en costo por receta como en la posibilidad de incrementar una reacción adversa a los medicamentos tuvo un descenso de 9 puntos porcentuales contribuyendo a la racionalización del gasto farmacéutico.

- El número de unidades por receta es una variable sin antecedentes en la línea de base debido al subregistro por falta de desagregación de la información histórica; al momento se registra esta variable con un valor que es 1.7 veces menor a lo esperado contribuyendo al bajo costo por receta y a la disminución del gasto.

- Los diagramas de control permiten de una manera visual y rápida detectar desvíos en el comportamiento del gasto de manera que se pueda identificar con el nivel de desagregación requerido el agente causal del incremento, las posibles causas para este comportamiento y la implementación de medidas correctivas.

12. RECOMENDACIONES

- La racionalización del gasto farmacéutico tiene como incidentes directos el costo promedio de las prescripciones y el número de recetas emitidas de ahí que es recomendable monitorizar mensualmente el comportamiento de estos dos parámetros que pueden alertar de posibles desviaciones o incrementos en la evolución del gasto en medicamentos.

- A pesar de que el Cuadro Básico Institucional permitió una optimización y racionalización de la prescripción, este debe ser flexible a la hora de generar cambios de eliminación o incremento de medicamentos cuando sea necesario y siempre con la retroalimentación y participación de los médicos prescriptores para que sea amigable en su utilización.

- Para que el costo promedio por receta se mantenga entre los 6 y 7 USD, es recomendable incidir periódicamente sobre aquellos prescriptores cuyos costos por receta sobrepasen los valores mencionados a fin de que en los meses posteriores al control, ajusten sus costos a través de la implementación de metas de contención del gasto sobre las variables influyentes.

- La prescripción de genéricos por si es una herramienta del control del gasto por tanto esta debe ser monitorizada periódicamente tanto por red de médicos cuando de manera individual por prescriptor. Adicionalmente se debe incrementar el aporte de los productos genéricos que sigan apareciendo en el mercado farmacéutico al cuadro básico de medicamentos (vademécum) de SIME-USFQ.

- La prescripción de productos de marca desde su concepción misma hacia el consumismo, tiene todo un proceso de comercialización que incluye la promoción en sus actores lo cual encarece el producto; por tanto mientras menor sea la prescripción de aquellos, menor será el

gasto en medicamentos. Debiéndose también en el transcurso del tiempo y conforme vayan apareciendo mayor variedad de genéricos, ir reemplazando los productos de marca existentes en el listado básico de medicamentos (vademécum) de SIME-USFQ por alternativos genéricos o de marca de menor costo.

- La transaccionalidad decrecida que es una de las variables que influyen en la evolución del gasto farmacéutico debe acompañarse de un costo promedio por receta óptimo como un componente importante de utilización de genéricos y menor número de ítems y unidades por transacción (prescripción).

- El número de ítems por receta así como el número de unidades por receta permiten verificar la tendencia o no a la monoterapia. Estas variables medidas de manera individual por prescriptor permiten recomendar o alertar sobre la posibilidad de generar reacciones alérgicas a los medicamentos a quienes prescriben más de dos ítems por receta.

- Los diagramas de control deben ser verificados mensualmente como un seguimiento del comportamiento del gasto que permita no solo identificar desvíos sino también genere un histórico de la variabilidad del gasto que permita a SIME-USFQ utilizar esta información en su planificación anual.

- La racionalización del gasto es una tarea conjunta que permitirá a SIME-USFQ mantener en el tiempo su Sistema de Atención a costos bajos sin perjudicar el oportuno restablecimiento de la salud de sus pacientes atendidos y será la base para la obtención de mayor número de afiliados. Por tanto es recomendable mantener el esquema implementado tanto de control como de seguimiento de las

variables de contención del gasto tato por red propia o asociada como individualmente por prescriptor.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Acción Internacional para la Salud-Ecuador (2008, Noviembre). Precio, disponibilidad y asequibilidad de Medicamentos y Componentes del Precio en Ecuador. Recuperado de http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200810EC/sdocs/survey_report.pdf

2. Buele, N (2010). Guía Didáctica, Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para la Salud. Loja: Editorial de la Universidad Particular de Loja.

3. BURGWAL-CUELLAR (1999). Planificación Estratégica y Operativa. Quito: Ediciones Abya Yala.

4. CALDERÓN-ARAGÜES (2006). Auditoría Médica Profesional Integral. Rosario. Corpus.

5. El Médico Interactivo, Diario Electrónico de la Sanidad.mht, No_2463, 28 julio 2011.

6. Estrella, R (2009). "Proyecto para la creación de una compañía dedicada a la comercialización y distribución de productos farmacéuticos en el mercado ecuatoriano". Escuela Politécnica del Litoral. Recuperado de http://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/2961/1/5458.pdf

7. HIDALGO-DE LAS CUEVAS (2009). Economía de la Salud, Madrid: Pirámide.

8. Haven, C (2012). "Desarrollar un plan para identificar recursos y necesidades locales". Caja de Herramientas Comunitarias. Recuperado de http://ctb.ku.edu/es/tablecontents/sub_section_main_1444.aspx

9. Laboratorios Chiesi (2010, Octubre 21). "Las políticas públicas de racionalización del gasto farmacéutico". Recuperado de http://www.noticiasmedicas.es/medicina/noticias/4482/1/Jornada-Las-politicas-publicas-de-racionalizacion-del-gasto-farmaceutico/Page1.html

10. Lopez, F "Salud". Recuperado de http://www.tribunadelconsumidor.org.ec/pages/c2.asp

11. Maldonado, P (2009, Marzo 23). “Esta industria en el Ecuador crece con salud y dinero”. Recuperado de http://www.revistalideres.ec/2009-0323/Mercados/Noticia-Principal/LD090323P18MERCADOS.aspx

12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Consejo Nacional de Salud, Comisión de Medicamentos e insumos (2006, Octubre 25). Política Nacional de Medicamentos, Quito, Ecuador.

13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Indicadores Básicos de salud Ecuador 2009, Quito-Ecuador.

14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Consejo Nacional de Salud. Comisión Nacional de Medicamentos. Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos VII revisión. 2010, Quito, Ecuador.

15. Moneo, J (2011, junio) El Gasto farmacéutico en España. EAE Business Schoo. lSSN: 1989-9580.

16. Orellana, D (2003). La Salud en la Globalización. Quito: Ediciones Abya Yala.

17. Organización Médica Colegiala Española (2003, Diciembre 15). “La calidad de la prescripción”. E:\BIBLIOGRAFIA\Organización Médica Colegial Española_ La calidad de la prescripción.mht.

18. PINEDA-ALVARADO (2008). Metodología de la Investigación. Washington: OPS.

19. Promoción del uso racional de medicamentos componentes centrales - Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, No_ 05, septiembre de 2002 Políticas fundamentales para promover un uso más racional de las medicinas.mht

20. Quezada, A (2011, marzo). “La industria Farmacéutica en el Ecuador”. Recuperado de

http://www.espae.espol.edu.ec/images/documentos/publicaciones/publicaciones_medios/EyE_Industria_Farmaceutica_2011.pdf

21. SACOTO-TERÁN (2006). Situación del Ecuador: Evolución, perspectivas e intervención e Intervención Local. Quito: Kodigo.

22. Villalobos, M (2010). Guía Metodológica para Elaborar Planes Estratégicos y Diseñar Procesos en Salud. Quito: The Linde Group AGA.

23. Viteri, G (2007). *"Situación de la salud en el Ecuador".* Observatorio de la Economía Latinoamericana, 77.

24. World Healt Organization (2002, Septiembre). “Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales-perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, No 05 septiembre 2002”. E:\BIBLIOGRAFIA\Promoción del uso racional de medicamentos componentes centrales - Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, No_ 05, septiembre de 2002 Políticas fundamentales para promover un uso más racional de las medicinas.mht.

14. APÉNDICES

APÉNDICE 1: AUTORIZACIÓN

Sistemas Médicos
UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Quito, 04 de agosto de 2011

AUTORIZACIÓN

SIME-USFQ (Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco de Quito), autoriza al Dr. César Ramiro Meza Bolaños, CI 1709982597, a presentar y realizar el Proyecto de Tesis:

Racionalización del gasto farmacéutico de las atenciones ambulatorias realizadas en los Sistemas Médicos de la Universidad San Francisco de Quito (SIME-USFQ) enero a marzo 2011.

Atentamente,

Sistema Médicos de la USFQ

Ing. Miguel Andrade Melo
Director Comercial
SIME USFQ

Cumbayá: Telfs.: (593-2) 297 1912, 13, 16 Cel.: 098 303 691 Fax: (593-2) 289 4789
Casilla Postal: 17-12-841, E-mail: clinicausfq@usfq.edu.ec
Los Chillos: Av. Gral. Enriquez y Av. Ilaló, sector El Triángulo. Telf.: 286 2298, 286 6401
Cel.: 092 717 327 286 7059 E-mail: usfq-simechillos@usfq.edu.ec
Quito: Noruega N33-C y Suiza Edif. Coopseguros PB. Telfs.: 292 1620, 292 3588
Cel.: 084 534 943 Email: usfq-simeuio@usfq.edu.ec

APÉNDICE 2: MINUTA DE REUNIÓN: SIME - QUITO

MINUTA REUNIÓN (extracto)

REUNIÓN	**SEC**	**PROYECTO / FUNCIÓN**	
SIME USFQ QUITO		REUNIÓN TÉCNICA	
FECHA REUNIÓN		**HORA REUNIÓN**	**REDACTOR**
Noviembre/08/2011		13:30	CÉSAR MEZA

TIPO REUNIÓN			
	Minuta		Otro (Especificar)
			PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DEL GASTO EN MEDICAMENTOS

PARTICIPANTES		
Nombre	**Empresa**	**Cargo**
DR. FRANCISCO MEJÍA	CLÍNICA UNIVERSITARIA	DIRECTOR MÉDICO
VALERIA SÁNCHEZ	CLÍNICA UNIVERSITARIA	ADMINISTRADORA
CESAR MEZA		BIOQUÍMICO FARMACÉUTICO

TEMAS TRATADOS

1 **PRESENTACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL GASTO SIME FEB-SEP 2011**

- César Meza presentó el comportamiento global del gasto de Sime-USFQ en el periodo de febrero a septiembre del 2011 indicando como influyen las diferentes variables sobre el gasto y el costo promedio por receta.
- Se presentó los diferentes niveles de desagregación de la información del comportamiento del gasto en el periodo mencionado por clase terapéutica, Subclase terapéutica y producto.
- Se evidenció que el nivel de información generada, puede llegar hasta el prescriptor permitiendo determinar perfiles de comportamiento tanto en la utilización de genéricos como en el número de ítems y unidades por receta.
- Al revisar la información de Sime-USFQ-Quito podemos notar que el gasto en medicamentos tiene un alto contenido de productos destinados a pacientes crónicos de ahí que la primera clase terapéutica sea los antihipertensivos con el 69% del gasto seguido de los reguladores del metabolismo óseo, los hipoglicemiantes y los minerales; en tal virtud y considerando que en especial para los antihipertensivos existe una escasa presencia de los equivalentes genéricos en el mercado farmacéutico ecuatoriano; se sugirió la posibilidad de procesos de intercambio de medicamentos con alternativos de marca que son entre un 20% a un 30% de menor costo a los habitualmente prescritos así: el Vartalan D puede sustituir al

Diovan HCT, el Cordiax D al Micardis plus, el Convertal D al Angioretic forte, el Irbetiazid (consta en vademécum) al Coaprovel.

- Sobre el vademécum César Meza indica que este listado es propio de cada cliente y por tanto flexible a los cambios consensuados que se hagan llegar vía mail a través del canal de comunicación respectivo; en este caso Miguel Andrade.

2 **SE SUGIERE**

- Como estrategia para considerar e impulsar la prescripción de alternativos de marca de menor costo o genéricos en los antihipertensivos; hacerlo en especial en los nuevos casos de hipertensión llamados debutantes y en aquellos en los que el trato con el paciente crónico han generado la suficiente confianza entre el paciente y el prescriptor.
- Socializar la presentación a los médicos de SIME USFQ-QUITO como una retroalimentación de su prescripción y con el propósito de generar espacios de intercambio de opiniones.

3 **ACUERDOS**

- Proporcionar a Miguel Andrade el costo referencial de los medicamentos alternativos planteados Vs a los prescritos; a excepción de Irbetiazid que consta en el vademécum crónicos que puede ser prescrito en lugar del Co-aprovel.

APÉNDICE 3: MINUTA DE REUNIÓN: SIME - LOS CHILLOS

MINUTA REUNIÓN (extracto)

REUNIÓN	**SEC**	**PROYECTO / FUNCIÓN**	
SIME USFQ CUMBAYA		REUNIÓN TÉCNICA	
FECHA REUNIÓN		**HORA REUNIÓN**	**REDACTOR**
Noviembre/01/2011		12:00	CÉSAR MEZA

TIPO REUNIÓN			
	Minuta		Otro (Especificar)
			PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DEL GASTO EN MEDICAMENTOS

PARTICIPANTES		
Nombre	**Empresa**	**Cargo**
DRA. CAROLINA JERVIS	CLÍNICA UNIVERSITARIA-CUMBAYA	DIRECTOR MÉDICO
ANDREA HERNÁNDEZ	CLÍNICA UNIVERSITARIA-CUMBAYA	ADMINISTRADORA
MIGUEL ANDRADE	SIME-USFQ	DIRECTOR COMERCIAL
CESAR MEZA		QUÍMICO FARMACÉUTICO

TEMAS TRATADOS

1 **PRESENTACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL GASTO SIME FEB-SEP 2011**

- César Meza presentó el comportamiento global del gasto de Sime-USFQ en el periodo de febrero a septiembre del 2011 indicando como influyen las diferentes variables sobre el gasto y el costo promedio por receta.
- Se presentó los diferentes niveles de desagregación de la información del comportamiento del gasto en el periodo mencionado por clase terapéutica, Subclase terapéutica y producto.
- Se evidenció que el nivel de información generada, puede llegar hasta el prescriptor permitiendo determinar perfiles de comportamiento tanto en la utilización de genéricos como en el número de ítems y unidades por receta.
- Al revisar la información de Sime-USFQ-Cumbaya podemos notar que la transaccionalidad es escasa respecto al total de transacciones con apenas 50 transacciones en el periodo Febrero-Septiembre 11.

- El gasto en medicamentos tiene un considerable contenido de productos destinados a pacientes crónicos de ahí que la segunda clase terapéutica sea los antihipertensivos con el 17% y considerando existe una escasa presencia de los equivalentes genéricos en el mercado farmacéutico ecuatoriano; se sugirió la posibilidad de considerar procesos de intercambio de medicamentos con alternativos de marca

que son entre un 20% a un 30% de menor costo a los habitualmente prescritos así: el Vartalan D puede sustituir al Diovan HCT, el Cordiax D al Micardis plus, el Convertal D al Angioretic forte, el Irbetiazid (consta en vademécum) al Coaprovel.

- Sobre el vademécum César Meza indica que este listado es propio de cada cliente y por tanto flexible a los cambios consensuados que se hagan llegar vía mail a través del canal de comunicación respectivo; en este caso Miguel Andrade. Al Respecto Carolina Jervis considera necesario incluir una penicilina con grupo antibetalactámico sea Clavulánico o Sulbactam

2 **SE SUGIERE**

- Como estrategia para considerar e impulsar la prescripción de alternativos de marca de menor costo o genéricos en los antihipertensivos; hacerlo en especial en los nuevos casos de hipertensión llamados debutantes y en aquellos en los que el trato con el paciente crónico han generado la suficiente confianza entre el paciente y el prescriptor.
- Socializar la presentación a los médicos de SIME USFQ-QUITO como una retroalimentación de su prescripción y con el propósito de generar espacios de intercambio de opiniones.

3 **ACUERDOS**

- Proporcionar a Miguel Andrade el costo referencial de los medicamentos alternativos planteados Vs a los prescritos; a excepción de Irbetiazid que consta en el vademécum crónicos que puede ser prescrito en lugar del Co-aprovel.
- Proporcionar un listado de penicilinas con grupos antibetalactámicos para que los ponga en consideración del Cuerpo Médico. No sin antes indicar que estos productos deben ser restringidos en su uso ya que pueden incrementar el costo de la receta.

APÉNDICE 4: MINUTA DE REUNIÓN: SIME - CUMBAYA

MINUTA REUNIÓN (extracto)

REUNIÓN	**SEC**	**PROYECTO / FUNCIÓN**	
SIME USFQ LOS CHILLOS		REUNIÓN TÉCNICA	
FECHA REUNIÓN		**HORA REUNIÓN**	**REDACTOR**
Octubre/31/2011		13:15	CÉSAR MEZA

TIPO REUNIÓN			
	Minuta		Otro (Especificar)
			PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DEL GASTO EN MEDICAMENTOS

PARTICIPANTES		
Nombre	**Empresa**	**Cargo**
DR. MAURICIO MENA	CLÍNICA UNIVERSITARIA-LOS CHILLOS	DIRECTOR MÉDICO
DIANELA ROSERO	CLÍNICA UNIVERSITARIA-LOS CHILLOS	MÉDICA INTERNISTA
IVAN SALAZAR	CLÍNICA UNIVERSITARIA-LOS CHILLOS	MÉDICO CLÍNICO
WILLIAM SIGCHA	CLÍNICA UNIVERSITARIA-LOS CHILLOS	PEDIATRA
CESAR MEZA		QUÍMICO FARMACÉUTICO

TEMAS TRATADOS

1 **PRESENTACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL GASTO SIME FEB-SEP 2011**

- César Meza presentó el comportamiento global del gasto de Sime-USFQ en el periodo de febrero a septiembre del 2011 indicando como influyen las diferentes variables sobre el gasto y el costo promedio por receta.
- Se presentó los diferentes niveles de desagregación de la información del comportamiento del gasto en el periodo mencionado por clase terapéutica, Subclase terapéutica y producto.
- Se evidenció que el nivel de información generada, puede llegar hasta el prescriptor permitiendo determinar perfiles de comportamiento tanto en la utilización de genéricos como en el número de ítems y unidades por receta.
- Al revisar la información de Sime-USFQ-Chillos podemos notar que la transaccionalidad es escasa respecto al total de transacciones con apenas 4% de las transacciones (352 Trx) en el periodo Febrero-Septiembre 11.

- El gasto general en medicamentos tiene un considerable contenido de productos destinados a pacientes crónicos de ahí que la segunda clase terapéutica sea los antihipertensivos con el 17% y considerando existe una escasa presencia de los equivalentes genéricos en el mercado farmacéutico ecuatoriano; se sugirió la posibilidad de utilizar procesos de intercambio de medicamentos con alternativos de marca que son entre un 20% a un 30% de menor costo a los habitualmente prescritos así: el Vartalan D puede sustituir al Diovan HCT, el Cordiax D al Micardis plus, el Convertal D al Angioretic forte, el Irbetiazid (consta en vademécum) al Coaprovel.
- Sobre el vademécum César Meza indica que este listado es propio de cada cliente y por tanto flexible a los cambios consensuados que se hagan llegar vía mail a través del canal de comunicación respectivo; en este caso Miguel Andrade. Al respecto se solicitó la posibilidad de incluir amino penicilinas con antibetalactámicos

2 **SE SUGIERE**

- Como estrategia para considerar e impulsar la prescripción de alternativos de marca de menor costo o genéricos en los antihipertensivos; hacerlo en especial en los nuevos casos de hipertensión llamados debutantes y en aquellos en los que el trato con el paciente crónico han generado la suficiente confianza entre el paciente y el prescriptor.
- Socializar la presentación a los médicos de SIME USFQ-QUITO como una retroalimentación de su prescripción y con el propósito de generar espacios de intercambio de opiniones.
- Que las inclusiones que se realicen al vademécum deben ser consideradas como una alternativa más y no como el único tratamiento a prescribir ya que esto podría incrementar el costo de la receta.

3 **ACUERDOS**

- Proporcionar a Miguel Andrade el costo referencial de los medicamentos alternativos planteados Vs a los prescritos; a excepción de Irbetiazid que consta en el vademécum de crónicos que puede ser prescrito en lugar del Co-aprovel.
- Proporcionar un listado de penicilinas con grupos antibetalactámicos para que los ponga en consideración del Cuerpo Médico. No sin antes insistir que estos productos deben ser restringidos en su uso.