

IMPACTO DE LA POLITICAS FARMACEUTICAS

RICHARD ANTONIO GOMEZ HERNANDEZ

**UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA
FACULTAD DE POST GRADOS
PROGRAMA DE GERENCIA FINANCIERA
BOGOTA, NOVIEMBRE 22 DE 2016**

IMPACTO DE LA POLITICAS FARMACEUTICAS

RICHARD ANTONIO GOMEZ HERNANDEZ

Trabajo de grado para obtener el título de

Especialista en Gerencia Financiera

Asesor: GUSTAVO SALAS

UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA
FACULTAD DE POST GRADOS
PROGRAMA DE GERENCIA FINANCIERA
BOGOTA, NOVIEMBRE 22 DE 2016

TABLA DE CONTENIDO

Objetivos.....	4
Introducción.....	5
1.1 Prácticas inadecuadas de uso	8
1.2 Debilidades del recurso humano.....	8
1.3 Debilidades de las políticas de formación, educación continuada e Información independiente dirigida al personal de salud y a la población.....	10
1.4 Falta de Vigilancia en la publicidad y promoción farmacéutica.....	10
1.5 Dispersión y falta de integralidad en la prestación de los Servicios Farmacéuticos.	11
1.6 Explosión del gasto de medicamentos No POS e Información y monitoreo Deficiente en el cálculo de la UPC.	12
1.7 Política de precios desajustada y debilidades en la rectoría, vigilancia y Monitoreo de precios.	17
1.8 Debilidades en la selección de medicamentos y definición del plan de beneficios..	23
1.9 Oferta, suministro y disponibilidad insuficiente de medicamentos esenciales.....	24
1.10 Problemas de transparencia y calidad de información y ausencia de monitoreo del mercado farmacéutico.....	25
1.11 Debilidades en la rectoría y en la vigilancia.....	28
1.12 Buenas prácticas de calidad en la cadena de comercialización de los Medicamentos.....	30
1.13 Vigilancia en la pos comercialización.....	32
1.14 Adulteración y falsificación de medicamentos.....	34
Conclusión.....	35
Bibliografía.....	37

OBJETIVO GENERAL

Contribuir al mejoramiento del estado de la salud de la población colombiana, Identificando algunas de falencias que tienen influencia directa en el cumplimiento del objetivo de las políticas farmacéuticas y establecer algunas de sus posibles causas y estrategias que posibiliten a la población colombiana el acceso equitativo a medicamentos efectivos a través de servicios farmacéuticos de calidad, bajo el principio de corresponsabilidad de los sectores y agentes que inciden en su cumplimiento.

INTRODUCCION

Este Proyecto se realiza con el fin de establecer las falencias en sectores de los medicamentos asociados al derecho a la salud y de aquellos elementos que faciliten el cumplimiento de este derecho.

La situación farmacéutica nacional tiene algunas fallas que hacen que tienen consecuencias en la población tales como disponibilidad, precios altos entre otras.

Las políticas farmacéuticas desarrollan las estrategias para posibilitar a la población colombiana, el acceso equitativo a medicamentos efectivos; que cumplan con estándares de calidad armonizados y pertinentes; que sean dispensados de manera oportuna y suficiente en función de las necesidades de la población, independientemente de su capacidad de pago, pero sobre todo, que sean usados adecuada y racionalmente para que contribuyan al logro de los resultados en salud.

Este documento está basado en algunas de estas situaciones identificadas que pueden generar el incumplimiento de estos objetivos, atendiendo algunos temas que tienen influencia directa en las necesidades en salud relacionadas con el acceso a medicamentos y la calidad de la atención, y de mercado que lo afectan o facilitan, para esto se tuvieron en cuenta el cumplimiento de los principios rectores de la reforma del sistema de salud, seguida por la revisión de los avances de la aplicación del documento de Política Nacional Farmacéutica de 2003, además de la revisión

de recomendaciones de organismos internacionales y aquellas mejores prácticas de otras latitudes, pertinentes y aplicables a nuestra realidad local.

Para la formulación de este documento se realizó una revisión de fuentes secundarias y una extensa referenciación internacional, como la Organización Mundial y Panamericana de la Salud, la Unión Europea, entre otras.

CAPITULO I

Que Debilidades se pueden encontrar en las Políticas farmacéuticas?

Aunque en Colombia se han realizado programas y estrategias para promover el buen uso de los medicamentos, aún se encuentran algunas falencias que no permiten el buen desarrollo de estas políticas, asociadas a causas estructurales, Las cuales se detallaran a Continuación

1.1. Prácticas inadecuadas de uso

Los pocos estudios nacionales sobre el uso reflejan problemas en el manejo de medicinas antimicrobianas; en Bogotá por ejemplo la venta de antibióticos sin receta alcanzaría el 80% sobretodo en localidades con mayores necesidades básicas insatisfechas, estos medicamentos son adquiridos con mayor frecuencia en droguerías y las infecciones asociadas al cuidado de la salud son eventos adversos de alta frecuencia. Existe poca información sobre la gestión post-consumo del uso de estos medicamentos, sus efectos o la resistencia de algunas bacterias, los cuales tienen gran impacto en la salud pública.

Igualmente la prescripción de medicamentos con indicaciones no aprobadas por el INVIMA, esta práctica es objeto de discusiones globales pues, aunque existe consenso en que hay casos en los que pueda ser indispensable si cuenta con evidencia de calidad y por inexistencia de alternativas terapéuticas; no se justifica cuando no hay adecuada evidencia de eficacia o se desconocen los riesgos además de representar una carga importante para los sistemas de salud.

En Colombia no existe una regulación clara, ni un proceso formal de evaluación de este tipo de prescripción.

1.2. Debilidades del recurso humano

A pesar de contar con un marco regulatorio propicio para el desarrollo del talento humano existen importantes vacíos en la oferta y calificación del mismo, en especial en relación con los retos internacionales y las metas de las Políticas Farmacéuticas, no se conoce con certeza el número de farmacias y droguerías en el país, y su distribución geográfica, en muchas de estas se evidencia una insuficiente calificación del personal que las atiende. En 2005 un estudio sobre el perfil y prácticas de los expendedores de medicamentos en farmacias y droguerías de Bogotá, estableció que cerca del 67% de ellos no contaban con formación técnica o profesional y que, en más del 55% de los casos, el expendio de medicamentos se realizó de una manera inadecuada.

Se requiere, por lo tanto ampliar la oferta y calificación del recurso humano para el funcionamiento idóneo de estos establecimientos, vigilados y supervisados por el INVIMA, la Superintendencia de Salud y las entidades territoriales, confirmando la atención calificada de los mismos (droguerías, farmacias-droguerías).

1.3. Debilidades de las políticas de formación, educación continuada e información independiente dirigidas al personal de salud y a la población

A pesar de los esfuerzos de las asociaciones de droguerías por la formación de sus afiliados, se logra identificar que la formación en más del 50% proviene de cursos cortos, la mayoría (más del 75%) financiados directa o indirectamente por la industria farmacéutica, creando sesgos; mientras que la proporción restante son organizados o financiados por organismos independientes (Universidad, INVIMA o Secretarías)

Organismos internacionales de la salud y universidades sugieren el diseño de estrategias de información y educación independiente, financiada por recursos públicos o fuentes diversificadas, a la población y a los profesionales; como los centros de información de medicamentos o los boletines de medicamentos promovidos por la Organización Mundial de la Salud, generando espacios y actividades educativas por parte de la industria farmacéutica y aseguradoras.

Para el cumplimiento de las metas conviene considerar iniciativas gubernamentales para educar a la población en general sobre el uso correcto de medicamentos.

1.4 Falta de Vigilancia en la publicidad y promoción farmacéutica

La Organización Mundial de la Salud reconoce la influencia de la promoción y la publicidad en la forma como son usados los medicamentos y aunque las regulaciones de los países de América Latina, incluida Colombia; incluyen las recomendaciones sobre criterios éticos para la publicidad farmacéutica establecidos por esta, la información de las piezas publicitarias no los atiende, lo que sugiere debilidades en las capacidades de

vigilancia y sanción, Muchos casos de estos se han encontrado en los últimos días catalogados como publicidad engañosas, siendo sancionados los respectivos laboratorios. En el país un análisis de las actividades de inspección, vigilancia y control en el sector salud sugiere la existencia de duplicidad e intersección de las actividades realizadas por INVIMA y la Superintendencia de Industria y Comercio, a la vez que destaca las ineficiencias de la agencia sanitaria en los procesos de monitoreo y las dificultades y debilidades en la aplicación de sanciones por información inadecuada. Estos hallazgos resaltan la importancia del diseño de un sistema de vigilancia y control más eficiente y articulado.

1.5 Dispersión y falta de integralidad en la prestación de los Servicios Farmacéuticos

En nuestro país se han logrado avances progresivos gracias a la reglamentación expedida, atendiendo las directrices del documento de Política Farmacéutica de 2003 (Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 del 2007). Posiblemente debido a estas orientaciones, en Colombia se observa una interesante evolución en la prescripción de especialista o de profesional de la salud, con un aumento del 16% entre el 2003 y el 2010 y reducción de la autoprescripción en el mismo período en un 13%.

En la actualidad existen cerca de 4400 Servicios Farmacéuticos habilitados, correspondientes a 2912 en IPS privadas, 1548 públicas y 9 mixtas; pero preocupa la proliferación de servicios para la provisión de medicamentos oncológicos, posiblemente incentivada por rentabilidades económicas de los recobros, muchos de ellos sin observar los estándares de calidad.

En una proporción importante de hospitales y aseguradoras los servicios farmacéuticos son realizados por operadores logísticos, y otros distribuidores especializados, en principio estos operadores reducen costos y agregan valor, en especial en el régimen contributivo y las IPS privadas y ubicadas en las grandes capitales sin embargo existen muy pocos incentivos para promover servicios integrales en hospitales públicos y en regiones apartadas, tal vez sólo las Cooperativas de Hospitales aportan al cumplimiento de estas funciones en hospitales públicos.

1.6 Explosión del gasto de medicamentos No POS e Información y monitoreo deficiente en el cálculo de la UPC

El incremento en el gasto total en medicamentos No POS observado durante la última década, la desactualización de los planes obligatorios, los problemas de información para el cálculo de la UPC, a la vez que una política de precios desajustada y debilidades en el monitoreo y vigilancia de los precios; son síntomas de la confluencia de ineficiencias en el modelo de provisión de medicamentos en el sistema; reflejan inequidad en el acceso, al tiempo que la potencian pues desvían una proporción creciente de los escasos recursos hacia esquemas de atención socialmente menos eficientes que las intervenciones soportadas en la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Entre los años 2003 y 2009 el crecimiento anual promedio en el valor de los reembolsos por medicamentos No POS fue de 68% y alcanzó una cifra cercana a los \$2.5 billones en 2010, aproximadamente medio punto del PIB ó 1,317 millones de dólares. Gráfica 1.

Esta expansión se explica tanto por el aumento en las reclamaciones, sean por vía judicial o por dictámenes de los Comités Técnicos Científicos (CTC), como por el valor y la cantidad de los servicios de salud involucrados en cada reclamación, siendo el valor de los Medicamentos el principal componente del reembolso total (alrededor del 82% en los dos últimos años)

Gráfica No.1



Si bien en los últimos años las reclamaciones judiciales corresponden a cerca de dos tercios del valor total del recobro, el aumento del mismo por decisiones de los CTC, presenta tasas de crecimiento más aceleradas.

De otro lado, en 2010 la mitad de los medicamentos de mayor participación en el valor total del recobro, que en conjunto concentraron el 60% del recobro total, coincidía con

los medicamentos de mayor venta en valor en el mercado mundial, todos ellos de origen biológico o biotecnológico e innovaciones de reciente introducción.

Es posible que dicho comportamiento obedezca tanto a la disponibilidad de innovaciones en el mercado, como a nuevos diagnósticos o modificaciones en la carga de enfermedad de la población. Sin embargo revisiones sobre la carga de enfermedad y tasas de nuevos diagnóstico de enfermedades como el cáncer y autoinmunes, muestran cambios mucho más lentos que la demanda reflejada. Tampoco puede establecerse con certeza que la velocidad observada en la expansión corresponda únicamente al ritmo de la innovación, de manera deben evaluarse los métodos del sistema de incentivos, ineficiencias administrativas, y posiblemente en menor proporción, a desactualización del Plan Obligatorio de Salud.

En la práctica, los CTC no han contribuido a racionalizar la prescripción de medicamentos no incluidos en los planes de beneficio y, en tanto aquellos incluidos encuentran un mecanismo de contención del precio en el monto de la UPC, existen incentivos, incluso clínico-terapéuticos, que propician el desvío de la prescripción (y por tanto del gasto) al recobro de medicamentos sustitutos del POS.

La explosión de las reclamaciones de recobro, que pasó de 60 mil, a comienzos de la década, a casi un millón de procesos administrativos por año, sobrepasó la capacidad y la voluntad administrativa de control, lo cual permitió recobros carentes de racionalidad en los precios unitarios de los medicamentos reembolsados; así como en las cantidades (dosis) implícitas, mostrando además, signos de corrupción.

Es escasa y dispersa información del comportamiento del gasto de No POS del Régimen Subsidiado sobre las dificultades de acceso y gestión de estos medicamentos en los hospitales públicos; generando desconfianza.

Las inequidades en el acceso a medicamentos se podrían documentar comparando el gasto per cápita POS y No POS. En efecto en 2010, el gasto promedio persona/año en medicamentos no incluidos en los planes de beneficio fue de \$2,4 millones, cinco veces mayor que la UPC del régimen contributivo y ocho veces mayor que la UPC del régimen subsidiado.

En el mismo sentido el gasto per cápita del régimen contributivo incluido el gasto No POS aumentó en cerca del 45% entre el 2006 y el 2010, mientras que la UPC nominal del régimen contributivo presentó ajustes cercanos al IPC anual (Tabla 1).

En una muestra de 105 medicamentos recobrados por 13 EPS, 38 de ellos representaron el 80% del valor total recobrado. El recobro se concentra en principios activos indicados para enfermedades como el cáncer, la artritis reumatoidea, trastornos psiquiátricos y epilepsia y para el manejo de trasplantes. Mientras que persisten problemas de acceso a terapias eficientes para patologías de alta prevalencia. Lo anterior evidencia una creciente dedicación del gasto en medicamentos no esenciales, una tendencia inequitativa de concentración de los recursos en el régimen contributivo y, en él, en un grupo reducido de medicamentos.

Pero no solo se identifican inequidades e ineficiencia en el gasto en medicamentos por fuera del POS, persisten problemas de acceso a medicamentos contenidos en el POS. Si bien los datos no son estrictamente comparables por diferencias metodológicas, las

encuestas de calidad de vida de 2008 y 2010, mostraron que la provisión de medicamentos dista de ser óptima.

En 2008, del total de personas aseguradas atendidas por el sistema y que les fueron prescritos medicamentos, sólo 63% recibió la receta completa. El 37% (cerca de 1.430.713 personas) los recibió en forma insuficiente (15,6%) o no los recibió (21,2%).

En el 2010, del total de personas que acudieron al sistema, y le fueron recetados medicamentos, el 34,3% (cerca 1'080.000 personas) no los recibió efectivamente.

En los dos años indagados, alrededor del 50% de las razones se referían a medicamentos No POS; y es crítico que entre 1 y 1,4 millones no recibieron el medicamento por falta de existencias, errores en la prescripción, hasta por preferencia del médico particular. Tanto en la medición de 2008 como en la de 2010, la frecuencia de no entrega o de entrega insuficiente de medicamentos es mayor en el Régimen Subsidiado, que en el Contributivo.

Otros estudios realizados entre el 2003 y el 2009 ponen de presente que la prevalencia de entrega insuficiente e inoportuna de medicamentos es un problema significativo en ambos regímenes (Tabla 2). Estos problemas de demanda insatisfecha son inaceptables en población asegurada, en especial si es por razones administrativas, por eso la ley antitrámites de 2012, establece el mandato de entrega de medicamentos en un tiempo perentorio.

También hay problemas de disponibilidad de medicamentos por regiones e incrementos en el gasto de bolsillo por necesidad de desplazamiento. Una investigación realizada en 2009 mostró que la disponibilidad de medicamentos esenciales se sitúa entre el 70 y 75%.

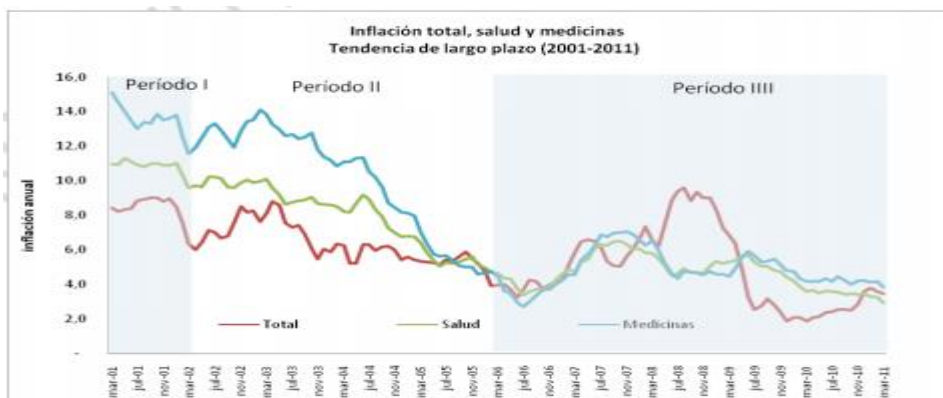
Conviene mencionar la escasa disponibilidad de información agregada sobre acceso oportuno de medicamentos esenciales a población vulnerable, a la vez que las dificultades logísticas de la distribución y gestión del suministro de los medicamentos de interés en salud pública.

Sobre la información de frecuencias de uso y precios en el cálculo de la UPC, existen discusiones metodológicas suscitadas por los estudios de suficiencia en el régimen contributivo, dado que en 2010 se detectaron aumentos inexplicados en la frecuencia del uso de algunos medicamentos y amplias dispersiones de precios. La dificultad de verificación de las fuentes de información, sugiere debilidades en los mecanismos de captura y auditoria de los datos usados en la definición de la UPC; asunto crítico para sostenibilidad del sistema, esto considerando las metas escalonadas de unificación de planes de beneficio de los regímenes contributivo y subsidiado y los procesos futuros de actualización del POS.

1.7 Política de precios desajustada y debilidades en la rectoría, vigilancia y monitor

En términos agregados, la dinámica de los precios de los medicamentos incluidos en la canasta básica del Índice de Precios al Consumidor de Colombia (IPC), no muestra un comportamiento alejado de la dinámica global de precios de la economía.

Grafica 2.



Aunque durante una buena parte de la década de los 90, la variación de precios en medicamentos y, en general, en los gastos de salud, era significativamente superior al comportamiento medio de los precios en la economía. A partir del segundo lustro de los años 2000 se observa una convergencia entre la inflación farmacéutica y la inflación global. El comportamiento de largo plazo parece confirmar la convergencia comentada, salvo un corto episodio entre 2009 y 2010.

Es posible identificar tres momentos diferentes en la regulación: hasta el primer trimestre de 2002, caracterizado por una intervención amplia que incluía procedimientos automáticos del paso de uno a otro régimen de regulación, definición de precios de venta al público y obligación de mercado de precios (período I en el Gráfico 4); un segundo período (2002-2006) menos intervencionista, que paulatinamente fue flexibilizando el régimen de control de medicamentos; hasta un tercer período de régimen de libertad de precios (con muy pocas excepciones) a partir de 2006.

En cualquiera de los momentos descritos, los precios registraron aumentos y reducciones, por lo tanto el IPC no es un buen indicador del comportamiento de los precios de medicamentos y se requieren metodologías ajustadas para su seguimiento, según segmentos del mercado, tanto en términos de su nivel, de su variación en el tiempo, como en los diferentes eslabones de la cadena de suministro.

En un ejercicio contra-factual, que parte del valor unitario implícito del recobro per cápita acumulado en los cinco primeros años de la década y lo proyecta de manera multiplicativa con los incrementos observados en el número de afiliados al sistema de aseguramiento; la inflación observada en el período, el crecimiento de la demanda agregada e incluso el aumento observado en el número de reclamaciones, estima que el valor total del recobro por medicamentos No-Pos no debería superar en 2010, los \$600 mil millones. La diferencia entre este valor y el observado en 2010 -cerca a los \$2.4 billones- refleja con razonable aproximación el incremento de los precios –no necesariamente de mercado, pero sí del precio implícito pagado por Fosyga- en los medicamentos objeto de recobro, efecto explicado por incremento en los precios propiamente dicho y por cambios en la canasta de medicamentos recobrados.

Análisis parciales realizados sobre los valores de recobro de medicamentos No POS encontraron además, importantes diferencias en los precios recobrados por las EPS y las IPS y los valores de venta reportados por los laboratorios farmacéuticos. Estudios realizados por Ministerio de Comercio confirman las apreciaciones sobre la existencia de márgenes exagerados.

Ahora bien, la regulación de precios de medicamentos en Colombia se puede enmarcar en dos grupos de acuerdo a sus modalidades de regulación y su alcance. De un lado, la regulación que encabeza la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos (CNPM), cuyo alcance son todos los medicamentos comercializados en el mercado farmacéutico. De otro, la fijación de valores máximos de recobro (VMR), bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social que sigue una metodología definida en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Decreto 4474 de 2010). En rigor, esta última no se trata de una fijación de precios, sino del establecimiento de una política de reembolso de la principal entidad financiadora (el Fosyga). Su alcance se restringe a los medicamentos no incluidos en los planes de beneficio.

Hasta agosto de 2011 se han contabilizado ahorros de \$60 mil millones y se estima que en doce meses de vigencia de la medida, se consigan ahorros del orden de \$500 mil millones, unos 265 millones de dólares, que justifican la incorporación a la política de precios articulada con los principios de la Política Farmacéutica. Sin embargo, la metodología de cálculo debe adecuarse para permitir, cuando sea pertinente, la definición de precios de acuerdo al aporte terapéutico, ajustes por grado de competencia y cuantificación de márgenes de intermediación para la adecuación de medicamentos, que atienda niveles de complejidad y diferenciación regional en la atención.

Aunque Colombia disponía de un instrumental normativo e institucional para regular los precios de los medicamentos en el mercado y pese a las evidencias de desborde de precios en algunos segmentos, ha sido muy limitada su aplicación posiblemente por: (i) complejidad del modelo metodológico establecido para la decisión de las intervenciones aunada a la debilidad del sistema de información para generar alertas de activación de los

mecanismos de control (ii) carencia de criterios de priorización para balancear los beneficios de una eventual intervención frente a los costos públicos y privados –e incluso políticos- de la misma (iii) la posición de política económica de defensa de la competencia, como regulador automático de precios, sin considerar las distorsiones propias del mercado farmacéutico.

De otro lado, cuando se observan precios de medicamentos pioneros sin competencia, diversas investigaciones registran precios en general superiores a los observados en aquellos países que la norma nacional ha establecido como países de referencia. Este hecho, cobra mayor relevancia si se considera que en los noventa, el precio medio de los medicamentos en los países de la región ha sufrido un aumento tanto en términos absolutos, como en su participación relativa, dentro de los gastos sanitarios nacionales.

La referenciación internacional de precios ha significado impactos importantes en términos de políticas públicas. Es claro también a nivel internacional que combinar diversos mecanismos de regulación de precios es una alternativa eficiente, aunque no suficiente, para hacer frente a la gestión del gasto farmacéutico; pues se requiere combinar intervenciones de gestión del uso.

A pesar de la fortaleza de la CNPM dada su composición, ella no ha sido acompañada por un por un cuerpo técnico sólido. Los técnicos de apoyo en los dos Ministerios son pocos y con escasos recursos. Así mismo el SISMED no ha sido aprovechado en su potencial y, en consecuencia, presenta algunas limitaciones relativamente fáciles de resolver en un plan de mejoramiento de corto plazo.

Con el fin de configurar una alternativa metodológica más sencilla y manteniendo el principio de regular precios allí en donde se presenten distorsiones, a finales de 2011 se expedieron las Circular 001 y 002 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos.

La Circular 01 (traslado a control directo de un grupo acotado de medicamentos con principios activos que ingresaron al POS y cuyo mercado es oligopólico tuvo un carácter preventivo: evitar la presión sobre la UPC de aquellos medicamentos que por ser incorporados al POS, dejaban de estar sujetos a la regulación sobre VMR. La Circular 02 (ajustes a la metodología de regulación de precios de mercado) pretende adecuar los instrumentos normativos disponibles, para hacerlos operativos, de manera que permitan la intervención de precios de mercado, allí donde sea necesario.

En conclusión, Colombia dispone de instrumentos de política de precios idóneos, requieren ajustes pues han sido desatendidos en su implementación. En este aspecto la Política Farmacéutica plantea un doble desafío. Por un lado, implementar herramientas de regulación del mercado eficientes y de aplicación expedita cuando sea necesario, con capacidad de introducir racionalidad en el mercado, reduciendo sus distorsiones; en un marco de competencia y de asequibilidad. En segundo lugar, garantizar que la implementación de los mecanismos contribuya al cumplimiento de objetivos en salud. A lo que se debe vincular estrategias de racionalidad en los procesos de recobro y una activa comunicación e información a jueces, sobre los criterios técnicos de evaluación y gestión de las reclamaciones, en el marco de la protección del derecho a la salud.

1.8 Debilidades en la selección de medicamentos y definición del plan de beneficios

La promoción del uso adecuado de medicamentos inicia con una selección técnica razonada, en especial cuando éstos van a ser pagados con recursos públicos. La selección centra su atención en medicamentos costo/efectivos, pertinentes al perfil epidemiológico y a las necesidades de la población, siguiendo procedimientos explícitos, transparentes, estandarizados e independientes.

La selección de medicamentos ha sido ampliamente promovida por la OMS mediante lo que se conoce como la lista de medicamentos esenciales, la cual en Colombia se transformó en el listado de medicamentos como parte del plan de beneficios, POS

El concepto de medicamento esencial soporta su enfoque en la equidad, la solidaridad y la justicia social, y se convierte en el instrumento de para promover la transparencia y la rendición de cuentas, asuntos alineados con los principios que orientan la política farmacéutica.

Tanto a nivel mundial como en las Américas distintos países han establecido procesos formales de evaluación de tecnologías y diversos requisitos para la inclusión de medicamentos a sus cuadros básicos. Siguiendo esta tendencia, en la Ley 1438 se Incluyeron diversas estrategias, como la creación del instituto de evaluación de tecnologías, para optimizar la selección de los medicamentos de los planes de beneficios y en situaciones excepcionales cuando sea necesario el uso y financiación de medicamentos no contenidos en el POS.

En vista de lo anterior es indispensable propiciar la coherencia institucional a través del diseño y construcción de un sistema de evaluación de tecnologías en salud, sustentado en procesos y estándares sólidos y legítimos, que reconozca las capacidades nacionales, las

redes internacionales e incorpore estrategias de vigilancia tecnológica que anticipe las presiones sobre el gasto y las oportunidades en el mejoramiento de la atención¹

1.9 Oferta, suministro y disponibilidad insuficiente de medicamentos esenciales

Se han detectado problemas de oferta y disponibilidad de otros medicamentos esenciales, incluidos algunos medicamentos esenciales para cumplir las metas de salud sexual y reproductiva. Así mismo se han documentado dificultades en la adquisición, provisión y dispensación oportuna de medicamentos de control especial manejados por el Fondo Nacional de Estupefacientes. En algunos casos estos desabastecimientos se han producido a nivel global y nacional en medicamentos de primera línea de varios tipos de cáncer y han significado monitoreo e intervenciones de agencias sanitarias en alianza con productores locales

Se encuentra escasa información sobre problemas en la oferta y disponibilidad de medicamentos estratégicos y otros medicamentos esenciales en Colombia; a la vez que la ausencia de incentivos a la producción local o regional de los mismos.

En el marco de la Políticas Farmacéuticas es indispensable realizar un monitoreo activo de la oferta y de la gestión logística de medicamentos estratégicos y el establecimiento de una agenda explícita de investigación en materia farmacéutica y salud.

¹ República de Colombia. Ley 1438 de 2011. Art. 92 sobre instituto de evaluación de tecnologías y Art. 26 y 27. Sobre Juntas Técnico Científicas

1.10 Problemas de transparencia y calidad de información y ausencia de monitoreo del mercado farmacéutico

La información disponible sobre precios, uso y calidad de medicamentos es escasa, limitada, poco estandarizada y fragmentaria y constituye una importante limitación para la toma de decisiones y el monitoreo a los resultados en salud. Quizás es este el principal elemento de diagnóstico de la situación farmacéutica.

El valor del mercado farmacéutico establecido por diferentes fuentes, aunque cercanos, presentan diferencias que tendrían que analizarse. Según IMS, en 2011 el mercado privado alcanzó los US\$ 2.2 mil millones, al cual debe agregarse el valor del mercado institucional (que la firma estima en cerca del 50% del mercado comercial), para un total de US\$ 3.3 mil millones. Pero la estimación de SISMED tomando el registro de ventas de los laboratorios farmacéuticos asciende a US\$ 2.8 mil millones.

En el uso de la información se han detectado debilidades entre ellas la ausencia de auditoría, los problemas de estandarización, la baja calidad, el nulo o escaso reporte de agentes como las farmacias y droguerías, las IPS y algunos compradores del Estado, además de la ausencia de vínculo con otras fuentes de precios internacionales y de reportes estandarizados, amigables y de acceso público que apoyen la toma de decisiones. Colombia ha logrado un mercado farmacéutico con alta competencia. El agregado de las unidades vendidas de medicamentos multifuente o competidores comparado con el agregado de las unidades vendidas de medicamentos pioneros, indica que los primeros representan más del 60% del mercado y cerca del 40%, los segundos. La proporción se invierte cuando se trata de análisis del mercado en valores. Esta cifra de participación de

medicamentos multifuente en el mercado nacional es similar a lo establecido en una investigación reciente de la Comisión Europea; que señaló que en 2013 los genéricos conquistaron una cuota media en valor que se ubica entre el 30% y el 35% del mercado europeo de medicamentos.

Sin embargo persisten distorsiones que han de caracterizarse con el fin de superarlas en beneficio del consumidor final, cuando se trate de gasto de bolsillo; o para mejorar la eficiencia en el gasto cuando se trate de recursos públicos.

Por ejemplo, con base en los precios de farmacias detallistas consolidados por se observa una elevada dispersión de precios al consumidor final; la diferencia promedio e precios entre medicamentos de marca respecto del nivel medio de los precios de los medicamentos genéricos es de 4 a 1. Otra investigación, utilizando datos de 2009, determinó que para el universo de medicamentos esenciales la relación de precios promedio entre los de marca y el genérico más barato comparable es de 6 a 1.

De manera similar, cuando fueron realizados los cálculos para determinar Valores Máximos de Recobro con datos reportados a SISMED durante 2010 se corrobora que también en medicamentos no esenciales prevalece una gran dispersión de precios entre el medicamento pionero y sus correspondientes versiones genéricas. Se observaron casos, incluso, donde algunos precios de productos genéricos alcanzan el precio reportado por el producto pionero.

En general existe poca disponibilidad y acceso a la información técnica e independiente sobre los medicamentos comercializados en el país. La página web del INVIMA, aunque es un recurso importante de acceso a información útil para los prescriptores y usuarios, es poco amigable y sus contenidos poco estandarizados. La iniciativa de la FDA sobre

transparencia podría ser un estándar de referencia al respecto. Conviene reconocer finalmente, la importancia de la disponibilidad y transparencia en la información como una estrategia de regulación en sí misma, como lo establece una revisión reciente sobre disponibilidad pública de información de precios.

A su vez a pesar de la amplia disponibilidad de herramientas tecnológicas, estas no han sido incorporadas a la captura de registros de atención en salud para un mejor seguimiento al gasto, un monitoreo inteligente del consumo y para la evaluación de la pertinencia de la prescripción. La adopción gradual y de la prescripción electrónica priorizada por grupos terapéuticos y el registro único de patologías de alto costo constituyen herramientas de efectividad probada.

De otro lado, los medicamentos que se encuentren en condiciones de monopolio, sea por protección de datos, patentes u oferta insuficiente, han de ser objeto de monitoreo estrecho del precio y consumo a nivel nacional e internacional; para que el gobierno nacional, cuando lo considere necesario, active de manera expedita los mecanismos de protección de la salud pública establecidos por el sistema de propiedad intelectual (importaciones paralelas, licencias obligatorias o la vigilancia de la aplicación adecuada de los criterios de patentabilidad, o las normas de protección del consumidor y de sostenibilidad del sistema de salud (negociaciones centralizadas o regulación de precios). Conviene reconocer finalmente, la importancia de la disponibilidad y transparencia en la información como una estrategia de regulación en sí misma, como lo establece una revisión reciente sobre disponibilidad pública de información de precios.

1.11 Debilidades en la rectoría y en la vigilancia

Las políticas farmacéuticas buscan el fortalecimiento institucional de las entidades relacionadas con su aplicación, entre ellas el INVIMA, las instituciones ocupadas de la vigilancia en salud y aquellas asociadas con la definición del listado de medicamentos POS; estas han establecido que la mayoría de los problemas de acceso y calidad en la atención descritos anteriormente, se asocian debilidades en la rectoría y en el sistema de vigilancia.

Aunque el país cuenta con una agencia sanitaria certificada como de referencia en la región de las Américas, los medicamentos colombianos se exportan a varios países de las Américas, con un importante posicionamiento en Centro América y la Región Andina; existen retos importantes que se deben superar, entre ellos los avances científicos y tecnológicos del sector farmacéutico y la acelerada integración comercial del país.

Estos retos exigen una mirada integral y sistémica de la calidad y un análisis crítico y solución tanto de los vacíos normativos como del diseño e independencia de la agencia sanitaria y de la Superintendencia de Salud y su relación con las entidades territoriales.

En el caso de INVIMA y del sistema de vigilancia en salud, el fortalecimiento se soporta en las dificultades para la adopción de un enfoque explícito de gestión de riesgo en el desempeño de sus actividades²

Actualmente el desconocimiento de este enfoque ha dificultado las tareas para vigilar la calidad de la atención y de los medicamentos comercializados en el país.

² El enfoque de gestión de riesgos implica el fortalecimiento técnico/científico y el uso del mayor contenido posible de información. La gestión de riesgos soportaría la toma de decisiones a través de la identificación, evaluación, gestión y comunicación de los riesgos. En el marco de sistema de IVC la gestión de riesgos se refiere fundamentalmente a un enfoque metodológico, si se quiere táctico.

Existen a su vez dificultades para el desarrollo del liderazgo de INVIMA y de la Supersalud en el marco del Sistema de Vigilancia, debido a la poca disponibilidad de información técnica y científica y, especialmente, la baja incorporación de la información derivada de las actividades de las entidades territoriales en los sistemas de información nacionales.

Adicionalmente, la vigilancia de medicamentos se realiza de manera fragmentada, en tres dimensiones que deberían estar articuladas: la vigilancia de productos como riesgos del consumo, como recursos de salud y como objeto de comercio³.

A nivel normativo existe un extenso cuerpo regulatorio que dificulta su consulta y la definición de una agenda normativa coherente, Una detallada revisión de la regulación relacionada con medicamentos sugiere que la misma es dispersa, presenta desactualización y obsolescencia, existen vacíos legales críticos, falta de claridad y precisión sobre la vigencia y la modificación y derogación de normas, a la vez que dispersión cronológica y jerárquica, situación que podría superarse estableciendo un mecanismo de consolidación sustentado en un estudio interdisciplinario riguroso y que permita su consulta posterior por niveles, temas, componentes y fechas⁴.

Se han identificado debilidades en los procesos de registro y en las herramientas y metodologías de evaluación de la evidencia aportada para la evaluación de seguridad y eficacia. Para superar estas debilidades es indispensable configurar salas expertos de alto perfil, libre de conflictos de interés y en lo posible alta dedicación, con un equipo técnico

³ INVIMA/MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.–IVC-Julio de 2007 *LINEAMIENTOS DEL MODELO DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL. Documento ajustado producido en el marco del* Convenio 014 de 2005 suscrito entre el INVIMA y la Universidad Nacional, el Departamento de Farmacia de la Universidad Nacional de Colombia

⁴ ¹⁰⁰Unión Temporal Econometría S.A- SEI- SIGIL Consulting Group S.A 2011 (2011). *Producto 2A. Parte C- Revisión de la normatividad relacionada con la Política Farmacéutica Nacional de medicamentos.* Bogotá

de apoyo para reducir al mínimo la variabilidad en la evaluación de solicitudes y blindar las decisiones de potenciales subjetividades.

De otro lado hay ausencia de una regulación clara y de una estrategia concreta para la exigencia de las pruebas de biodisponibilidad y biodisponibilidad comparativa como parte de los procesos de registro sanitario. La norma vigente no establece explícitamente el proceso para la presentación de estos estudios, ni criterios taxativos para la identificación de los productos que las requieran⁵.

Adicionalmente los desarrollos científicos y tecnológicos asociados a la producción de los medicamentos biológicos, y las técnicas analíticas que permiten su caracterización, avanzan aceleradamente y deben ser incorporados a la normatividad sobre registro sanitario y vigilancia de manera que el Ministerio cumpla con los objetivos de protección de la salud.

1.12 Buenas prácticas de calidad en la cadena de comercialización de los Medicamentos

El fortalecimiento y reglamentación de buenas prácticas en toda la cadena de comercialización son parte clave de la configuración de un sistema de vigilancia eficiente con armonización de estándares internacionales pertinentes. Ello incluye elementos asociados los estándares para realización de investigación clínica en el país, mejoramiento de la certificación de buenas prácticas en los procesos de producción, buenas prácticas de laboratorio, de transporte, almacenamiento y farmacovigilancia.

⁵ Como aquellos de estrecho margen terapéutico, cinética compleja y formas de administración especial. Red PARF. Documento Técnico No. 8. Marco para la Ejecución de los Requisitos de Equivalencia para los productos farmacéuticos. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5342&Itemid=513 consultado marzo 20 de 2012.
Entre 2002-2011, de los cerca de 100 medicamentos que presentaron estudios de biodisponibilidad y/o bioequivalencia al INVIMA, sólo 54 pertenecen a los grupos

En 2010 existían en el mundo cerca de cien mil estudios clínicos registrados, distribuidos en 168 países. Aunque Norteamérica y Europa realizan la mayoría de los estudios, América Latina presenta un alto nivel de concentración de la investigación pues seis países concentran el 89% del total de estudios clínicos registrados (Brasil, México, Argentina, Chile, Perú y Colombia)⁶.

Aunque Colombia cuenta un marco regulatorio para el monitoreo de las Buenas Prácticas de Investigación Clínica (BPC) consecuente con los documentos técnicos armonizados, considerando la creciente dinámica de investigación⁷ la dinámica de investigación contrasta con las debilidades en la cantidad y capacidades de recurso humano para cubrir las entidades a certificar BPC, adicionalmente no se cuenta con un registro único de ensayos clínicos que facilite la consulta pública y el monitoreo para la orientación de la agenda de investigación y de las intervenciones para la protección de la salud pública.

La totalidad de los medicamentos que se comercializan en el país cumplen con la Certificación de Buenas Prácticas de Manufactura, cuya vigencia es de 3 años, mientras que la vigencia del registro sanitario es de 5 años⁸.

El INVIMA cuenta con un procedimiento explícito de auditoría aplicado en plantas nacionales y extranjeras para comercializar medicamentos en el territorio nacional pero, dado que el sistema de garantía de la calidad se entiende como dinámico, existen importantes espacios de mejoramiento, entre ellos el establecimiento de un programa formal de actualización y certificación de auditores, la incorporación de la certificación

⁶ Federación Latinoamericana de la Industria Farmacéutica FIFARMA (2010, Octubre). Radiografía de la Investigación Clínica en América Latina. *DataFarma*, 28, Buenos Aires: Argentina

⁷ MPS (2008). *Resolución 2378 de 2008, Por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos*. Disponible en: <http://200.13.243.186/Docencia/docs/Decreto2378de2008.pdf>

⁸ INVIMA (Septiembre 2011). *Boletines de Farmacovigilancia*. [Online]. Disponible en: <http://web.invima.gov.co/portal/faces/index.jsp?id=4540>

de buenas prácticas de fabricación de materias primas, el reconocimiento formal de auditorías externas que apliquen reglamentos técnicos claramente definidos y el establecimiento de convenios de mutuo reconocimiento entre agencias de referencia.

El INVIMA ha avanzado en la estructura y caracterización de una red nacional de farmacovigilancia que ha significado reconocimiento internacional^{107,108}. Sin embargo no se ha establecido un sistema de certificación de buenas prácticas de farmacovigilancia y persisten debilidades en INVIMA, como la ausencia de seguimiento diferenciado a errores de medicación, generación de señales de seguridad y difusión eficiente de las alertas nacionales e internacionales. Así mismo es débil el diseño y seguimiento de planes de gestión de riesgo y de estrategias de vigilancia activa de medicamentos de alto costo, de alto riesgo y del uso de medicinas alternativas⁹.

1.13 Vigilancia en la postcomercialización

A nivel nacional se reconoce diversidad en las capacidades tecnológicas y financieras para realizar las actividades de inspección, vigilancia y control de los establecimientos farmacéuticos por parte de los entes territoriales y ausencia de un sistema de información integrado que permita planificar las actividades en función de los riesgos del universo de productos y de los establecimientos a vigilar. Esta diversidad en las capacidades incluye deficiencias en la cantidad y calificación de personal¹⁰.

⁹ Sánchez Ricardo et al. Rev Colomb Cancerol 2010;14(3):135-143. Aproximaciones complementarias y alternativas al cuidado de la salud en el Instituto Nacional de Cancerología: estudio de prevalencia.

Enrique Ardila . Rev Colomb Cancerol 2010. Las medicinas complementarias y el cáncer. Editorial .

¹⁰ Rossi, F., López ,JG., Zambrano, AM., Vaca, C. (2007, Julio). Convenio No 05 de 2005 INVIMA-Universidad Nacional de Colombia:

Lineamientos del Modelo de Inspección, Vigilancia y Control –IVC.

El INVIMA desde 2004 adelanta el programa “Demuestra la calidad” que analiza muestras de medicamentos comercializados en el país, recogidas en diferentes canales de distribución y zonas geográficas. El análisis de las muestras atiende a los estándares internacionales y a procesos validados. Los análisis de más de 3400 muestras de medicamentos han sido realizados por una red de laboratorios del INVIMA y las Facultades de Farmacia¹¹. Las no conformidades detectadas son inferiores al 3%, del total de muestras analizadas, la mayoría asociadas a problemas de almacenamiento y estabilidad. El programa a la fecha no ha detectado medicamentos falsificados o adulterados. Adicionalmente no ha identificado diferencias de estándares entre medicamentos pioneros y multifuente o producidos por la industria nacional o de capital extranjero.

Lamentablemente los resultados no se divulgan ni comunican apropiadamente a los profesionales de salud y a la población. A pesar de que el programa ha estandarizado sus procesos, no ha incorporado medicamentos de alto recobro, ni estratificado por regiones o subgrupos de productos y preocupa que el laboratorio de referencia del INVIMA no se encuentre certificado.

La ausencia de información y regulación de los asuntos de protección de medio ambiente en el sector industrial y de prestación de servicios, en especial la gestión pos consumo y la disposición de residuos hace relevante el compromiso de la PF con la protección del medio ambiente.

¹¹ INVIMA (2011, abril). Programa Demuestra la Calidad. *Sitio oficial*: <http://web.invima.gov.co/portal/faces/index.jsp>

1.14 Adulteración y falsificación de medicamentos

La falsificación y la adulteración de medicamentos son problemas graves de salud pública, que afectan tanto a productos genéricos como de marca, razón por la cual se renuevan constantemente los esfuerzos en contra de este fenómeno a nivel internacional, manteniéndolo dentro de la órbita de la salud pública; sin que se incorporen asuntos sobre la propiedad intelectual que puedan ocasionar nuevas barreras al comercio de medicamentos genéricos¹².

La población no está suficientemente informada sobre los riesgos de las compras por Internet y existen escasos recursos, débiles instrumentos, pocos programas de prevención e insuficiente capacidad operativa de las instituciones competentes para contrarrestar los riesgos de éste fenómeno.

Existe poca información sobre la magnitud del problema de adulteración y falsificación de medicamentos en el país, debido a la diversidad en las formas de reporte y la falta de coordinación entre los entes de control y vigilancia y ausencia de integración de las bases de datos¹³.

No existe en el país un sistema de trazabilidad que identifique los medicamentos, en cualquier parte de la cadena de distribución, que se sustente en tecnologías de fácil aplicación y que sirvan de herramienta al sistema de vigilancia; a pesar de los esfuerzos que el INVIMA ha realizado para cumplir con el mandato de la que la Ley 1122 de 2007 que le asigna esta responsabilidad.

¹² Resolución 10-2010, Consejo de Salud Sudamericano, UNASUR.
Resolución WHA63(10) Substandard/spurious/false-labelled/falsified/counterfeit medical products.

CONCLUSION

La Implementación de la Política Farmacéutica Nacional tiene como finalidad facilitar El acceso equitativo, uso racional y calidad en la atención, Pero la garantizar el buen funcionamiento de estas se deben acompañar de un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permita generar información sobre su desempeño.

Estos resultados deben estar sustentados por elementos y mecanismos de operación generados por la entidad del estado que esté a cargo.

El estado como garante del derecho a la salud de calidad, debe desarrollar acciones de vigilancia, control, difusión de las políticas farmacéuticas, con el fin de lograr en pleno su conocimiento y haciendo uso de sus funciones debe brindar mecanismos tales como:

- Veedurías ciudadanas que vigilen y sean partícipes en la consecución de las metas y compromisos de las políticas farmacéuticas
- Desarrollar de un sistema de información disponible en la web para el seguimiento a estas
- Programación de eventos a nivel nacional y regional anuales de seguimiento a la PF.

Con el buen desarrollo de estas políticas Se esperaría la población asegurada reciba el entre el 95% y el 100% de los medicamentos que le son prescritos sin distinción entre regiones, esta meta deberá medirse anualmente través de la Encuesta de Calidad de Vida y de estudios específicos para indicadores complementarios de acceso en subgrupos terapéuticos o subregiones de interés.

El comportamiento de los precios de los medicamentos el cual es un indicador principal del acceso, Se espera una reducción sostenida en los precios (agregados o por categorías farmacológicas), manteniendo un índice de precios de medicamentos. En los años siguientes el

índice de precios de medicamentos deberá variar menos que la inflación de la economía colombiana para garantizar su fácil adquisición.

Como indicador complementario se vigilará el comportamiento de la proporción del gasto en salud, que corresponde a medicamentos, a la vez que se espera una reducción sistemática del valor y del número de reclamaciones de medicamentos No POS, por año.

No existe una línea de base para medición de uso racional de medicamentos. El mismo se evaluará mediante proporciones de uso de medicamentos trazadores en patologías priorizadas, frente a un estándar establecido en función de las cifras epidemiológicas, las guías de atención y el valor terapéutico. La pertinencia en la prescripción de medicamentos No POS se observará en función del índice de uso de los medicamentos No POS y su sustituto POS, dando cumplimiento a los criterios técnicos de evaluación de la entidad vigilante.

La calidad de la atención de servicios farmacéuticos y la calidad de los medicamentos se medirá a partir del cumplimiento de estándares. Las proporciones de no conformidades deberán ajustarse al límite inferior de las observaciones de países de referencia o estándares internacionales.

Bibliografía

Ministerio de la Protección social-Organización Panamericana de la Salud (2003). Política Farmacéutica Nacional; 2003, disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20FARMAC%C3%89UTICA.pdf>.

Unión Temporal Econometría S.A- SEI- SIGIL Consulting Group S.A 2011 (2011). Producto 2B: Revisión de la Política Farmacéutica Nacional 2003. Capítulo 4: Evaluación de los logros y resultados. Bogotá.

Organización Mundial de la Salud, Comité de Expertos de la OMS en Políticas Farmacéuticas Nacionales (2002). Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional (2ª ed). Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5410s/s5410s.pdf>

Objetivo 4 “reducir la mortalidad infantil”, Objetivo 5 “mejorar la salud materna”, Objetivo 6 “combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades”

La innovación es la “introducción de un nuevo, o significativamente mejorado, producto (bien o servicio), de un proceso,

47 Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de la garantía de la calidad. Registro especial de prestadores de servicios de salud. (Febrero 6 de 2011). Disponible en:

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/SistemaObligatoriodeGarant%C3%A9ADadeCalidad-SOGC.aspx>

48 A septiembre de 2011 los SF oncológicos ascendían a 1878, de los cuales se encontraban habilitados 1225, verificados 839; del total mencionado, 1536 no cumplían con los requerimientos de recurso humano especializado. Logística Asesorar S.A.S (consultado 2011).

Diseño De Políticas y Evaluación de escenarios para la gestión Integral del Abastecimiento de Medicamentos Oncológicos en Colombia. Informe Final Contrato 0093 del INC: Propuesta del Sistema de Gestión Integral de Medicamentos Oncológicos para el País.

IFARMA, AIS LaC (2009, 7 de abril). Precio, Disponibilidad y Asequibilidad de Medicamentos y Componentes del Precio en Colombia. Informe final.

Ministerio de la Protección Social. OPS. Cooperativa de Hospitales de Antioquia (2010, Julio). Seguimiento al proceso de implementación del Sistema de Gestión de Insumos de Interés en Salud Pública en los Entes Territoriales de Salud. Informe final Almacén Central.

CONVENIO DE COOPERACIÓN TÉCNICA No. 637 DE 2009. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

MPS. Estudio Suficiencia UPC 2009. Documento técnico 2010.