

La política nacional de medicamentos en el contexto de América Latina

The National Drugs Policy in the context of Latin America

Luis Guillermo Jimenez Herrera

Universidad de Costa Rica

RESUMEN

Introducción: Una Política Nacional de Medicamentos es un recurso formal que permite ordenar, priorizar, planificar, controlar y evaluar; los aspectos más relevantes del ciclo de los medicamentos en un país.

Objetivo: Revisar documentación concerniente al tema de Política Nacional de Medicamentos en América Latina.

Fuente de datos: Documentos disponibles en la web referidos con el tópico.

Síntesis de los datos: una política surge a partir de un proceso consultivo complejo con la pretensión de lograr beneficios para la población a partir de la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, lo que impone que los diversos aspectos relacionados con la gestión de la política deben estar actualizados, para responder a las necesidades y los cambios que experimenta una sociedad. En América Latina algunos países disponen de una política nacional de medicamentos; sin embargo, otros solo disponen de listas de medicamentos esenciales.

Conclusiones: Existen en América Latina, experiencias positivas en la construcción de las Políticas Nacionales de Medicamentos y oportunidades de mejora en varios países. A pesar de los avances logrados en la construcción e implementación de esas políticas, todavía hay personas sin acceso a medicamentos en algunas regiones y se requiere incluir aspectos relacionados con la medicina tradicional, herbolarios, fitofármacos y biotecnológicos; también se deben mejorar la promoción científica y los estudios poscomercialización de los medicamentos. En el caso particular de Costa Rica, se tiene una larga tradición de utilización de una política de medicamentos esenciales en la Seguridad Social, pero se carece de la consecuente política nacional.

Palabras clave: Política; medicamento; medicamentos esenciales; salud.

ABSTRACT

Introduction: A National Drugs Policy is a formal resource that allows ordering, prioritizing, planning, controlling and evaluating the most relevant aspects of the medicines cycle in a country.

Objective: To review documentation concerning the topic of National Drugs Policy in Latin America.

Data sources: Documents available on the web referring to the topic.

Data synthesis: A policy arises from a complex consultative process with the aim of achieving benefits for the population from the decision making based on scientific evidence, which requires that the various aspects related to the management of the policy should be updated to respond to the needs and changes that a society experiences. In Latin America, some countries have a national drugs policy; however, others only have lists of essential medicines.

Conclusions: There are positive experiences in Latin America in the construction of National Drugs Policies and opportunities for improvement in several countries. Despite the progress made in the construction and implementation of these policies, there are still people without access to medicines in some regions and it is necessary to include aspects related to traditional medicine, herbalists, phytopharmaceuticals and biotechnology. Scientific promotion and post-marketing studies of medicines should also be improved. In the particular case of Costa Rica, there is a long tradition of using an essential medicines policy in Social Security, but they lack of the consequent national policy.

Keywords: Policy; drug; essential medicines; health.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sugerido a sus estados miembros que trabajen en la formulación, implementación y evaluación de políticas farmacéuticas nacionales o políticas nacionales de medicamento (PNM), las cuales han de estar en concordancia con las políticas sanitarias de salud de cada país y cimentadas en las necesidades particulares de cada nación; con la intención de que las personas tengan la oportunidad de acceder a los beneficios que el campo farmacéutico le ofrece, con la premisa del respeto a la vida y a la dignidad humana.¹

La PNM es un recurso formal que permite mediante un sistema ordenar, priorizar, planificar, controlar y evaluar aquellos aspectos más importantes relacionados con el ciclo del medicamento (producción, investigación, distribución, almacenaje, comercialización) en un país. Se constituye en el producto de un proceso consultivo complejo en el que todos los interesados en utilizar esos productos de interés sanitario, realizan consensos y establecen objetivos, aspiraciones y compromisos bajo un marco de valores políticos, económicos, culturales e históricos donde debe prevalecer en todo momento el bien común; por lo que al amparo de este sistema, se espera obtener beneficios para la población a partir de la toma de decisiones basadas en la evidencia científica.¹

Es a través de esa política que las autoridades gubernamentales pueden establecer prioridades y metas a mediano y largo plazo en el sector de la salud, coordinar las diversas actividades relacionadas con los medicamentos mediante la vinculación de los distintos interesados y a la vez, se instaura como un importante medio para promover confianza en las personas hacia algunos componentes del sistema de salud y de sus provisiones; de ahí que se considere trascendental el tomar en cuenta aspectos de equidad, sostenibilidad financiera, acceso, calidad y eficiencia en el uso de los recursos.^{1,2}

En América Latina ha habido tendencia en impulsar el crecimiento económico, para solventar la pobreza y la exclusión imperante; mientras en algunos países hay progresos en temas de equidad legal, protección contra la discriminación, en la creación de oportunidades de empleo, aspectos relacionados con los derechos de la mujer y de la niñez; sin embargo, también hay otros, que tienen menos logros en cuanto a los factores relacionados con los derechos de las personas indígenas, el derecho a la vida, a la integridad física o la seguridad de las personas en general. Por eso es reconocida como una región con grandes desigualdades, en donde la inapropiada distribución de los ingresos juega un papel preponderante, pese a que al mismo tiempo han habido inversiones sociales en aspectos que tienen alto impacto en el desarrollo humano; como es la educación, en la que se han logrado esfuerzos para la universalización de la educación primaria y la disminución en las tasas de analfabetismo.³⁻⁷

En ese sentido, las políticas públicas orientadas hacia el largo plazo, deben de estar amparadas en el contexto en el que se desenvuelven las personas y sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, para actuar especialmente en defensa de quienes no tienen voz. Como parte de esas políticas públicas, se debe establecer una PNM, en una región que tiene un gasto total en salud promedio de 6,6 % del PIB y con muchos desafíos no solo en el sector de la salud sino también en el sector económico debido a las desigualdades imperantes, lo que ha promovido en algunos países la utilización de políticas nacionales de medicamentos genéricos, así como la liberalización de aranceles y las medidas establecidas según los acuerdos de propiedad intelectual comercial.^{2,4,5}

Se espera que una PNM, sea un instrumento que oriente el quehacer en el campo de los medicamentos y donde los distintos actores sociales involucrados durante su aplicación, deben enfrentar grandes retos en diversos ámbitos, por ejemplo en cuanto a cómo aumentar la participación del sector privado en estos asuntos que se relacionan con el bienestar social de las poblaciones, así como a los cambios y las consecuencias surgidas a partir de las reformas del sector de la salud, los efectos de la globalización, los cambios en la morbilidad y la mortalidad, la resistencia antimicrobiana, a la aparición de enfermedades nuevas y la reemergencia de otros eventos en la población en general.^{1,8}

Una política debe estar fundamentada en el concepto de medicamentos esenciales, lo que puede permitir una oferta de productos efectivos, seguros y de calidad a la población que accede a ellos; al considerar los cambios tanto en el perfil epidemiológico, como en los demográficos y tecnológicos, en la búsqueda del mejor uso de los escasos recursos disponibles y bajo la aplicación de los principios éticos y legales vigentes.^{2,6}

De ahí que el objetivo de este trabajo haya sido revisar documentación existente en la web relacionada con la Política Nacional de Medicamentos en América Latina para indagar en la situación del contexto actual.

FUENTE DE LOS DATOS

Documentos disponibles en la web concernientes al el tópico.

SÍNTESIS DE LOS DATOS

Antecedentes

En 1977, la OMS publicó la primera lista modelo de medicamentos esenciales y luego en Alma-Ata, se incluyó como un componente substancial de la atención primaria de la salud.¹

Durante la conferencia de Nairobi en 1985 sobre uso racional de medicamentos, los expertos solicitaron a la OMS recolectar información sobre el sector farmacéutico, de manera que se desarrollara y mejoraran metodologías para vigilar y evaluar las políticas farmacéuticas nacionales.⁸

En 1986, el comité de expertos de la OMS en Políticas Farmacéuticas Nacionales, publicó las guías o pautas para establecer políticas farmacéuticas nacionales, las cuales han sido divulgadas y actualizadas en años posteriores.¹

Ciento cincuenta y seis países en el mundo desde finales del siglo pasado, cuentan con una lista de medicamentos esenciales, y sesenta y seis países con una política farmacéutica nacional; además, el número de personas con acceso a los medicamentos esenciales ha ido incrementando.¹

En América Latina, hay dieciséis países (62 %) que disponen de un documento oficial que plasma su PNM y en veintidós (92 %) con una lista de medicamentos esenciales. Además, cada vez hay un mayor número de productos puestos a la disposición de las personas por mediación del mercado farmacéutico y en algunas partes su consumo ha aumentado; pero también es cierto, que no todas las personas tienen acceso a los medicamentos, ya sea porque no están disponibles por prácticas inadecuadas de selección y adquisición; en algunas partes los precios altos imponen restricciones a las personas; en otras, carecen de los servicios adecuados o simplemente no hay profesionales que prescriban los medicamentos; no obstante y de forma contradictoria, un pequeño grupo de la población mundial consume aproximadamente el 90 % de la producción de medicamentos.^{1,2}

Existen sistemas de salud que carecen de la legislación adecuada o hay presencia de productos de dudosa calidad o esta se pierde durante la manipulación, el almacenaje o la distribución de los medicamentos.¹ En ocasiones, las personas pueden recibir medicamentos o dosis inadecuadas, comprar el producto que menos se ajusta a sus necesidades, utilizar varios productos cuando en realidad uno podía ser suficiente; y todo esto puede producir efectos negativos que llevan al aumento en el periodo de recuperación y en los gastos implícitos tanto para las personas como para los sistemas de salud.^{1,2,9}

De manera que es relevante conocer el entorno farmacéutico que prevalece en un determinado país en el que los medicamentos son utilizados, asimismo se debe saber cuáles son las actitudes y los comportamientos de las autoridades sanitarias y de quienes participan en los distintos ámbitos de la sociedad, quienes prescriben o dispensan, de los consumidores y de la industria farmacéutica; ya que esto permitirá comprender cuál ha sido la evolución que ha tenido el sector sanitario, el

impacto que generan las reformas económicas o las políticas de ajuste estructural que se han implementado, así como las tendencias hacia la liberalización y los acuerdos comerciales de alcance global.^{1,10}

Elaboración de la política nacional de medicamentos

En forma general, una PNM puede ser constituida mediante un proceso que contempla varios elementos, los cuales se muestran a continuación:¹

- a) El concepto que debe prevalecer es el de medicamentos esenciales pues responden a las necesidades de salud de la población, son pertinentes desde el punto de vista de la salud pública, cumplen con todas las pruebas de eficacia y seguridad, están de manera disponible en todo momento, en cantidad suficiente y en las formas farmacéuticas apropiadas, con garantía de calidad, que se ofrezca información pertinente sobre ellos, a un costo que las personas y la sociedad puedan pagar. Esta lista debe de incluir los medicamentos de utilidad para la mayor cantidad de problemas de salud que afectan a la población, debería de incluir las medicinas tradicionales y herbarias del contexto sociocultural específico y se debe actualizar con regularidad según los cambios que ocurren en la población.
- b) La selección de medicamentos esenciales amerita pautas, guías o normas clínicas que aseguren la atención sanitaria y el uso racional de los medicamentos, por eso debe existir una amplia divulgación de los lineamientos clínicos a ser implementados por los profesionales competentes.
- c) El acceso a los medicamentos esenciales implica la existencia de una selección racional, a precios asequibles, con financiación sostenible y en sistemas de salud fiables.
- d) La financiación debe considerar las enfermedades prevalentes, a la población con mayores necesidades, las posibles donaciones y el apoyo a los sistemas de salud.
- e) El sistema de suministro de medicamentos esenciales combina los elementos de carácter público y privado, así como el apoyo de la industria farmacéutica, el manejo adecuado de los residuos y de los desechos de medicamentos.
- f) La reglamentación existente debe garantizar la calidad, las buenas prácticas de fabricación, de distribución y de almacenaje, entre otras.
- g) Para el uso racional de medicamentos se debe tomar en cuenta los siguientes elementos: medicamento, persona, indicación, dosis (fuerza) y la duración del tratamiento; tanto de los medicamentos de libre venta como los prescritos por receta. También es importante la capacitación de los profesionales y no profesionales en salud, para la toma de decisiones basada en la evidencia científica, para lo que se requiere formación adecuada del recurso humano, de investigación y evaluación constante.

Etapas en el diseño de una política nacional de medicamentos

El proceso de construcción de la PNM incluye una fase de formulación, la cual debe ser un proceso activo en el que se elabora un plan estratégico que requiere de la mayor participación de actores interesados; para eso la entidad rectora o reguladora debe conducir las negociaciones hasta obtener el consenso que facilite la aplicación de la política, conservar a los que están a favor y tratar con los actores

adversarios; luego ocurre un plan de aplicación que puede durar entre tres a cinco años.^{1,6}

Lo anterior se logra mediante las siguientes etapas:¹

1. Organización del proceso político conducido por un pequeño grupo de expertos.
2. Identificación de los principales problemas que afectan el sector farmacéutico y sus componentes mediante talleres.
3. Análisis del sector farmacéutico nacional y sus componentes.
4. Establecimiento de las metas y los objetivos mediante estrategias por consenso.
5. Redacción del borrador de la PNM.
6. Divulgación y revisión del borrador entre los interesados.
7. Aseguramiento de la aprobación formal de la PNM.
8. Implementación de la PNM bajo un firme apoyo gubernamental.

Para la implementación de la PNM, se recomienda lo siguiente:

- a) Participación de la mayor cantidad de actores sociales que representen a todos los sectores del entorno relacionado con el medicamento, de modo que estos brinden apoyo político sostenible a todo el proceso.
- b) Iniciación en las áreas sencillas que den solidez al proceso.
- c) Adopción de un enfoque flexible y en caso que se amerite posponer alguna acción, hay que prepararla y explicarla, así como buscar el mayor consenso posible entre los participantes.
- d) Publicidad de parte de las personalidades, instancias o grupos que tengan una imagen importante ante la opinión pública para buscar aliados y mayor apoyo necesario.
- e) Diseño de estrategias alternas para actuar ante grupos que puedan cambiar su posición y que se vuelvan detractores.

Política nacional o regional de medicamentos en Latinoamérica

A continuación se describen los aspectos más importantes de los documentos que se obtuvieron vía electrónica y que se relacionan con políticas nacionales de medicamentos, leyes del medicamento, cuadro nacional de medicamentos o listas de medicamentos esenciales según la designación utilizada en los países de América Latina, ya sea en cada país o por región.

Brasil

La PNM forma parte de la Política Nacional de Salud y con ella se busca garantizar la seguridad, eficacia, calidad y promoción del uso racional de los medicamentos considerando el perfil de consumidores nacionales. El mercado brasileño es uno de

los cinco mayores del mundo e incluye productos homeopáticos. Esa política contempla directrices y define prioridades relacionadas con la legislación, la inspección, el control y la garantía de calidad, la selección y adquisición, la distribución, el uso racional, el desenvolvimiento del recurso humano científico y tecnológico. La PNM incluye a los establecimientos públicos y privados prestadores de servicios de salud, además considera la transición demográfica y epidemiológica del país y los estudios de consumo relacionados con los diversos factores, entre ellos el envejecimiento de la población.^{11,12}

Chile

La PNM está en concordancia con la Reforma de la Salud y considera:

- a) Acceso a los medicamentos a través de los seguros públicos y privados, con ofertas de medicamentos genéricos, su base se encuentra fundamentada en lo estipulado en el Formulario Nacional de Medicamentos y se busca facilidad de oferta para las comunidades marginales o aisladas,
- b) oferta de medicamentos de eficacia y seguridad que permitan su intercambiabilidad, incluye medicamentos de fórmula oficial o magistral,
- c) prescripción y dispensación con base en la evidencia, farmacovigilancia y uso racional,
- d) financiamiento para aumentar el gasto público en salud concordando con la comunidad de las fuentes de financiamiento,
- d) participación de un organismo rector,
- f) fortalecimiento del rol del químico farmacéutico en la farmacia para garantizar el derecho del paciente a efectuar una compra informada,
- g) responsabilidad en la calidad de los medicamentos a través de licitaciones públicas, medicamentos con una relación favorable de costo-efectividad,
- h) normas de buenas prácticas de manufactura, y
- g) calidad en las materias primas: proveedores validados por el fabricante nacional y su calidad según especificaciones, productos farmacéuticos importados a granel o terminados que deben cumplir análisis locales.^(13,14)

Perú

La PNM también forma parte de la política sectorial e incluye:

- a) Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS,
- b) características del medicamento esencial,
- c) factores que condicionan el acceso al medicamento,
- d) acceso universal mediante selección racional, precios asequibles, financiamiento sostenible, sistema de suministro y de salud confiables; regulación y calidad de medicamentos por registro sanitario, vigilancia y control de calidad, vigilancia de las reacciones adversas, erradicación del contrabando y del comercio informal y

falsificación de productos; fortalecimiento del organismo regulador de medicamentos; promoción del uso racional, promoción de un listado nacional de medicamentos esenciales, presencia de comités farmacológicos, el uso de la Denominación Común Internacional (DCI) en las recetas, el acceso de los profesionales en salud a la información veraz y oportuna, información y educación para los usuarios, formación del recurso humano, promoción de las buenas prácticas de prescripción y dispensación, promoción y publicidad.^{15,16}

México

No cuentan con una PNM coherente y explícita debido a:

- a) heterogeneidad en la calidad de las medicinas,
- b) existencia de segmentos poblacionales con mayor acceso a recursos terapéuticos y otros que carecen de los necesarios para tratar aún las enfermedades más comunes,
- c) presencia de una transición demográfica y epidemiológica,
- d) rubro de los medicamentos es el componente con mayor crecimiento dentro del gasto,
- e) deficitario abastecimiento de medicamentos en algunas instituciones públicas a pesar del fortalecimiento de la industria farmacéutica nacional, con investigación para demostrar su eficacia y medicamentos controlados,
- f) se requiere reforzar las medidas de control sanitario, de medicamentos caducados, falsificados o comercializados ilegalmente, seguridad en la dispensación, clasificar medicamentos de libre venta, regular los mensajes publicitarios y promover la lectura de las instrucciones, la profesionalización de los responsables farmacéuticos,
- g) en las farmacias se requieren acciones de promoción a la salud de acuerdo con la morbilidad, farmacovigilancia, el ahorro mediante la adherencia terapéutica, acceso a recomendaciones terapéuticas e incluir información de farmacoeconomía,
- h) mejorar planes de estudio para profesionales de la salud sobre la seguridad y eficacia,
- i) Contener el gasto de medicamentos en instituciones públicas, actuar sobre la automedicación responsable, existencia de la autorregulación vigilada, mayor educación para la salud a través de la publicidad, proporcionar mayor información sobre los precios, innovación y competitividad, así como vincular la investigación de instituciones académicas y públicas con la industria farmacéutica, existencia de centros especializados que fortalezcan la base científica y la tecnológica del país, necesidad de esquemas de financiamiento para la investigación preclínica, fortalecimiento de los centros e institutos de investigación.⁽¹⁷⁻²⁰⁾

Bolivia

Se inició con el Programa de Medicamentos Esenciales financiado por el gobierno de Holanda y con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la OMS en varias fases. Se promulgó en 1996 como Ley del Medicamento y se consolidó un canal de suministro de medicamentos esenciales para el sector

público; en la segunda fase, entre 1997-2002, hubo varios desafíos como las transformaciones estructurales en el sector salud, la descentralización, la participación popular, el seguro de la maternidad y niñez, el seguro básico de salud y el seguro universal materno infantil. En el 2003, se actualizó la política y se implementó el Sistema Nacional Único de Suministro, el Sistema Nacional de Vigilancia y Control de Medicamentos, el Servicio Nacional de Medicamentos y Tecnología en Salud; bajo este último se encuentra la dirección de los programas de Evaluación de Medicamentos y Registro Sanitario, Suministro y Uso Racional, Vigilancia y Control Sanitario, Laboratorio de Control de Calidad y Toxicología y el Programa de Tecnología en Salud y el Laboratorio de Control de Calidad de Medicamentos.²¹

Panamá

La PNM tiene como base los principios de salud como derecho humano social y universal, que los medicamentos son un bien social; para lo que se requiere sostenibilidad, sustentabilidad y optimización de los recursos, además de transparencia y rendición de cuentas, participación social y ética; con ella se busca promover la producción, disponibilidad, accesibilidad, calidad y control de los medicamentos para toda la población. Los componentes principales son el acceso universal con equidad e igualdad, uso de medicamentos genéricos, suministro de medicamentos oportuno y eficiente, calidad, eficacia y vigilancia de la seguridad, uso racional, recursos humanos, monitoreo y evaluación. La Ley sobre Medicamentos busca fiscalizar y educar, permitir el acceso a una lista de precios, reforzar los mecanismos de la competencia en el mercado y la coordinación interinstitucional. Existe una Comisión Técnica Consultiva de Registro Sanitario, el uso de la identificación por DCI y con el nombre de marca en caso necesario, se requieren evidencias de equivalencia terapéutica para que se consideren productos intercambiables y para eso hay una lista nacional de equivalentes terapéuticos; existe un Sistema Nacional de Farmacovigilancia, un Instituto Especializado de Análisis, listas de productos próximos a vencer y una Comisión Nacional de Registro Nacional de Oferentes.²²

Colombia

Durante el periodo de 1995-1998 se formuló la Política Farmacéutica Nacional (PFN) en el marco del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud creado a partir de la Ley 100/93, en ella se contempló la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica en el Plan Obligatorio de Salud y se creó el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos. Pero la insuficiente cobertura en salud, la libertad de precios de los medicamentos, la falta de vigilancia y control en el cumplimiento de la ley, y la falta de los comités técnico-científicos, fueron factores que dificultaron el cumplimiento de los objetivos de estos organismos. Aunque la ley contempla diversos aspectos que tienden a favorecer la equidad en la accesibilidad y el uso racional de los medicamentos, se han demostrado problemas en su aplicación, en la vigilancia y el control; entre ellos destacan por ejemplo la falta de una cultura del medicamento esencial y del medicamento genérico, la falta de educación e información sobre el uso racional de los medicamentos a profesionales en salud y a la comunidad en general. La implantación aún incipiente de la PFN en el contexto del proceso de reforma, ha promovido e impulsado algunos avances importantes en el uso racional de medicamentos y en la atención farmacéutica, pero aún no ha conseguido un efecto transformador en las prácticas de trabajo y en el mejoramiento de la gestión en el suministro de medicamentos esenciales.^{23,24}

República Bolivariana de Venezuela

La Ley del medicamento regula todo lo relacionado con la política farmacéutica y busca asegurar la disponibilidad de los medicamentos eficaces, seguros y de calidad, la accesibilidad y el uso racional; en el marco de una política nacional de salud que contempla la relación beneficio riesgo terapéutico, la comercialización, la producción e importación de medicamentos; existe un Formulario Terapéutico Nacional, Guías Terapéuticas, Buenas Prácticas de Manufactura y de la Dispensación, un sistema de farmacovigilancia, de uso racional, de información y de control sanitario. El Consejo Nacional del Medicamento regula la información, promoción y publicidad, el abastecimiento de medicamentos esenciales y genéricos de costo menor; el Estado puede regular los precios de los medicamentos cuando sea necesario; se prefiere la identificación por DCI, hay listas de plantas o hierbas cuyo uso y venta al público está restringida o prohibida en razón de su toxicidad, existe un sistema de suministro de medicamentos en todos los centros públicos de atención a la salud basado en el listado de medicamentos esenciales contenidos en el Formulario Terapéutico; el Ejecutivo en casos de emergencias sanitarias y mientras dure la contingencia puede importar medicamentos, productos semiterminados y materias primas, a los fines de garantizar su disponibilidad.²⁵

República Dominicana

El programa de medicamentos esenciales PROMESE se creó en 1984 y se cuenta con una Comisión Nacional de Cuadro Básico, la cual había aprobado la última Lista Nacional de Medicamentos en 2005. El Ministerio de Salud Pública busca garantizar, en coordinación con las autoridades competentes, la existencia permanente de medicamentos e insumos del Cuadro Básico, la disponibilidad y la accesibilidad de la población a medicamentos de eficacia, calidad, seguridad y precios asequibles, además de promover su uso racional.^{26,27}

MERCOSUR (mercado cono sur) Brasil-Bolivia-Argentina-Chile-Paraguay-Uruguay

Entre las negociaciones comerciales, existe una propuesta de una política de medicamentos entre el grupo de países incluidos en el MERCOSUR, con esta política regional de medicamentos se busca una lista de medicamentos esenciales comunes y la elaboración de un Formulario Terapéutico Regional, así como la comparación de precios regionales, el control de precios basada en los costos de producción o en los márgenes de ganancia. La ley de medicamentos genéricos define criterios técnicos que aseguran la intercambiabilidad con base en equivalencias terapéuticas, el intercambio de experiencias en sistemas y procesos, las formas de financiamiento y la creación de impuestos específicos; las compras gubernamentales que mezclan el servicio público y el privado, la inserción del farmacéutico en el equipo de salud, que las farmacias privadas se consideren como instituciones de salud, la prohibición de venta directa de medicamentos al público mediante el internet y la televisión; la flexibilización de las exigencias de patentes, la promoción de la práctica de la atención farmacéutica, los estudios de utilización de medicamentos (EUM), la investigación de enfermedades de interés; la armonización de reglamentos, protocolos terapéuticos; una Farmacopea MERCOSUR, el fortalecimiento del poder fiscalizador de las agencias de vigilancia sanitaria, la eliminación o reducción de la entrada en la cadena del medicamento de productos falsificados, adulterados o vencidos; así como la práctica del contrabando. Los países de esta región pretenden fortalecer el campo de la investigación y el desarrollo tecnológico mediante la consolidación de un número importante de centros de investigación clínica y de las pautas éticas que permitan implementar el control de la promoción

de medicamentos dirigida a profesionales de salud y la publicidad de medicamentos de venta libre dirigida a la población.²⁸

Política Andina de Medicamentos

Fue aprobado por los Ministros de Salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Busca orientar y fortalecer la gestión sanitaria del medicamento en los países andinos, diseñar acciones conjuntas para que las poblaciones puedan lograr de forma equitativa medicamentos eficaces, seguros y de calidad, se persigue el uso racional de los medicamentos.²⁹

Argentina

La política se diseñó en el contexto de una desfinanciación de la seguridad social, en la que aumentó la cantidad de personas sin cobertura debido al aumento en la tasa de desempleo y de la pobreza, al crecimiento del gasto de bolsillo, la caída del poder adquisitivo y al alza de los precios de los medicamentos. Se destaca el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), la utilización de precios de referencia para la seguridad social, la desgravación de insumos críticos importados, la prescripción por DCI, el programa de provisión gratuita de medicamentos esenciales (Remediar), la mayor promoción e información médica, la diversificación de los canales de distribución y se pretende que el usuario sea un cliente informado que demanda opciones, calidad y precio. Se espera una mejora en el desarrollo de la producción local, la legislación de medicamentos y la capacitación del recurso humano para la prescripción y dispensación de medicamentos, la articulación de los distintos esquemas de financiamiento existentes, el perfeccionamiento de los sistemas de aseguramiento, el desarrollo e intensificación de los esquemas de adquisición convenientes, las formas y los medios de pago de los medicamentos, la sostenibilidad a largo plazo de la política de acceso gratuito a los medicamentos, el establecimiento de medidas que contribuyan a mejorar la competencia en el mercado, la instrumentación de estrategias de negociación conjunta para la compra de medicamentos de enfermedades huérfanas o de alto componente público en la financiación, la promoción de un uso racional de los medicamentos para todos los actores del sistema, la profundización y la concienciación de la importancia de la farmacovigilancia, el apoyo a la innovación de la industria local y a la investigación preclínica y clínica.⁽³⁰⁾

El Salvador

Con la Reforma Nacional de Salud se fortalece la atención primaria, se ofertan medicamentos de calidad, seguros y eficaces y se realiza un uso racional de los medicamentos. Se establece un Listado Unificado de Medicamentos Esenciales del Sistema Nacional Integrado de Salud a cargo de la Comisión Nacional de Medicamentos. Se asegura el financiamiento mediante varias líneas de acción como el presupuesto estatal destinado a los medicamentos, un fondo nacional para la adquisición de vacunas y la gestión del apoyo mediante agencias de cooperación internacional; se adoptan buenas prácticas en toda la cadena del medicamento. Se promueve el rol rector del Ministerio de Salud y se fortalece en todas las actividades regulatorias, la formación de recursos humanos, la investigación, el seguimiento y la evaluación de toda la cadena del medicamento.³¹

Ecuador

El Cuadro Nacional de Medicamentos es una herramienta que permite el acceso universal y el uso racional de los medicamentos de eficacia, seguridad y calidad, se cuenta con buenas prácticas en toda la gestión de los medicamentos (adquisición, producción, regulación, control de precios, vigilancia) y educación formal de profesionales y personas en general respecto a la utilización de los medicamentos; sin embargo, el mercado farmacéutico es complejo y se caracteriza por contar con un sistema de producción, compra, distribución y dispensación de medicamentos que tiende a aumentar los precios de los medicamentos. Además, la mayoría de farmacias se encuentran en el área urbana y no todos los medicamentos se venden con prescripción médica.^{32,33}

Costa Rica

Desde 1982 y posterior a la 35va reunión de la OMS, en Costa Rica se utiliza una lista de medicamentos esenciales en la Seguridad Social, la cual se conoce como Lista Oficial de Medicamentos (LOM).

Desde el 2004, se ha intentado formular un borrador de un documento de PNM, pero prevalecen obstáculos relacionados con:

- a) selección de medicamentos del Formulario Terapéutico Nacional con un limitado número de especialistas a cargo de esta labor, listado de medicamentos esenciales desactualizado que no se ajusta al perfil de morbilidad y no incluye costos,
- b) acceso a los medicamentos, pues existe una política de libre mercado que no regula el precio de los medicamentos en detrimento de los consumidores,
- c) uso racional con limitadas pautas clínicas que mejoren la prescripción, falta de control en la venta de medicamentos que requieren receta médica, falta de programas de educación para profesionales, falta de adherencia terapéutica, policonsultantes, polifarmacia, automedicación y hay evidencias de medicamentos no utilizados en los hogares de la comunidad,³⁴ hay ausencia de un sistema nacional de información automatizado que incorpore datos importantes sobre los medicamentos,
- d) el sistema de suministro la planificación y presupuesto sigue patrones históricos, hay deficiencias en el control de fechas de vencimientos y el plan de contingencia en caso de emergencias no responde al contexto,
- e) aseguramiento de los aspectos de calidad de los medicamentos, ya que requieren centros con capacidad suficiente para la demanda de certificaciones y la acreditación de las pruebas analíticas que certifiquen la calidad de los medicamentos,
- f) fuentes de financiamiento y estudios de costos, con carencia de un sistema que permita realizar compras a nivel de país o del istmo centroamericano, faltan estudios fármacoepidemiológicos, de farmacoeconomía y de farmacovigilancia; además, los programas de salud preventiva han perdido fuerza y la promoción de la salud se queda sólo en el papel, pero no en la realidad concreta del quehacer poblacional,

g) aspectos que regulen la publicidad de los medicamentos en los diferentes medios tecnológicos y las labores que se realizan en las aduanas, no existen sanciones tipificadas como tales,^{35,36}

h) planes que regulen la formación del recurso humano, hay desregulación del número y calidad de profesionales en salud graduados de las universidades, hay carencia de recurso o desaprovechamiento en los servicios de salud,

i) falta de mecanismos que permitan la planificación y la generación de estímulos para el desarrollo de la investigación, existe una desvinculación entre la industria farmacéutica y los centros académicos.^{37,38}

Paraguay

La PNM busca garantizar acceso, calidad, seguridad, eficacia y uso racional de los medicamentos. Cuenta con un mercado farmacéutico amplio: 22 laboratorios productores, 138 importadoras, 119 distribuidoras, 32 fraccionan y envasan, 2680 farmacias, 9 660 registros de especialidades farmacéuticas. El organismo que debe velar por el cumplimiento de la PNM es la Dirección de Vigilancia Sanitaria, la cual está adscrita al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, esta controla el suministro de medicamentos mediante un financiamiento sustentable, el uso racional de los medicamentos de la Lista de Medicamentos Esenciales a través de protocolos de tratamiento estandarizados (guías de práctica clínica) y basados en evidencias de costo/efectividad, el desarrollo de Redes de servicios farmacéuticos basada en la atención primaria de la salud, buenas prácticas en toda la cadena del medicamento, formación de calidad del recurso humano especializado, un sistema de información, vigilancia, monitoreo y evaluación del sector farmacéutico.³⁹

REFLEXIONES FINALES RESPECTO A LAS POLÍTICAS NACIONALES O REGIONALES DE MEDICAMENTOS

En diversas partes, se han logrado grandes avances en el campo de la salud y aun cuando persisten grandes desafíos como lo son las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, las enfermedades nuevas o reemergentes y las iniquidades en salud;^{40,41} en este sentido, los medicamentos han significado en algunos aspectos un recurso muy importante en la consecución de algunas de las metas alcanzadas.

Un sistema de salud debe dotar a las personas de este recurso en cantidad y calidad, ya que los eventos que ceden o tienen solución en presencia de ellos, ameritan su utilización de forma racional; sin embargo, el acceso de algunos grupos poblacionales a los medicamentos que necesitan, no siempre es tan fácil como se quisiera y tal vez la ausencia de una PNM pueda contribuir con la solución de este dilema.⁴²

En algunos de los países de Latinoamérica, se han realizado esfuerzos en el campo de los medicamentos, para facilitar el acceso a quienes que no tenían, aunque paradójicamente continúan existiendo otras personas sin acceso a ellos o quienes teniéndolo, no hacen un uso racional de los recursos; lo que demanda de planes estratégicos que permitan conseguir resultados efectivos a corto y mediano plazo de forma más homogénea.^{42,43}

Como parte de un plan estratégico en salud, se debe contar con una PNM, ya que su ausencia no permite tener claridad en el campo de los medicamentos y aunque se obtienen algunos resultados parciales debido a otras razones, la falta de orientación impide resultados globales equitativos, máxime cuando se trata de un tema que es multicausal, complejo y heterogéneo, que requiere de la intervención de muchos aspectos al mismo tiempo y que por eso, demanda del trabajo conjunto de muchos (as) actores (as).⁴²

La formulación, implementación, control y evaluación de una PNM; es el resultado de un trabajo cooperativo que muestra el grado de consenso de una población en relación con su situación, donde está y hacia dónde quiere ir en el campo de los medicamentos, entonces el consenso se convierte en un gran desafío para los responsables y dirigentes que tienen que tomar decisiones, así como de todas las personas interesadas al respecto.⁴⁴⁻⁴⁶

La revisión realizada demuestra que algunos países en Latinoamérica han logrado implementar después de cierto tiempo una PNM; pero los resultados obtenidos no son satisfactorios, dada la diversidad de factores involucrados y a la falta de capacidad para abordarlos. Esto es una realidad que se percibe en la presencia de cantidad de personas que ni siquiera logran acceso al nivel básico del arsenal farmacéutico.

Se constató que las políticas farmacéuticas nacionales o del medicamento, leyes del medicamento o según se llamen en cada lugar, se han implementado según las recomendaciones del Comité de Expertos de la OMS o las autoridades en la materia, con ciertas divergencias para cada caso en particular.^{47,48}

Al respecto, esas políticas en Latinoamérica muestran avances en unos componentes y deficiencias en otros, todas prácticamente incluyen los elementos básicos pero algunas obvian puntos importantes como es lo referido al uso de medicinas tradicionales, herbolarios o fitofármacos, biotecnológicos, el manejo de desechos y la disposición final de medicamentos. Existen problemas en aspectos relacionados con la regulación, la publicidad o comercialización, el financiamiento, el sistema de distribución, la integración de todos los interesados, el uso racional, la falta de práctica de la farmacia homeopática, la magistral y la veterinaria; poca investigación en general, especialmente a la que se refiere a los asuntos de pos-comercialización, los cuales son necesarios para la toma de decisiones, ante esta ausencia no queda más que la dependencia de factores externos al país.

En el caso particular de Costa Rica, la propuesta de la PNM, no ha tenido el éxito que algunos esperaron tener, esto debido posiblemente a diversas causas y una de ellas, tal vez de las más importantes, es la falta de liderazgo por parte del ente rector. En materia de políticas sobre medicamentos, en el país se cuenta con grandes avances desde hace mucho tiempo, en este sentido, existe una política de medicamentos esenciales incluidos en el Formulario Terapéutico Nacional, aun cuando el mismo debe ser actualizado; hay un sistema de seguridad social con una buena cobertura en el ámbito nacional que utiliza una política de medicamentos genéricos, hay centros y recursos humanos especializados en muchos aspectos del ciclo del medicamento, el cual va desde el descubrimiento de una molécula con potencial farmacológico, la formulación, la investigación, la comercialización, el uso y hasta el manejo de los desechos.

Las políticas nacionales de medicamentos enmarcan los aspectos más importantes en el campo de los medicamentos de una manera sistemática, lo que facilita la toma de decisiones y el control de las actuaciones a seguir para lograr colocar a disposición de la población las potencialidades del campo farmacéutico. Varios

países de América Latina disponen de una PNM, en otros existe una orientación de trabajo a partir de una lista de medicamentos esenciales. En Costa Rica desde el siglo pasado se mantiene instaurada una política de medicamentos esenciales en la Seguridad Social y no ha sido posible concretar una PNM que reúna las características de concertación, que sea concreta y que incluya todos los aspectos y a todos los involucrados que competen al campo de los medicamentos.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe ningún conflicto de intereses con la publicación de este manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quick J. Essential Drugs and Medicines Policy Department. WHO Policy Perspectives of Medicines-How to develop and implement a national drug policy. Geneva: World Health Organization; 2002. Access: 2017/07/17. Available at: http://www.who.int/management/background_4b.pdf
2. Lu Y, Hernandez P, Abegunde D, Edejer T. The world medicines situation 2011. Medicine expenditures. Geneva: World Health Organization; 2011. Access: 2017/07/17. Available at: http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/en/.
3. Machinea J, Titelman D, Uthoff A. La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. Chile: CEPAL; 2006. Acceso: 10/07/2017. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2806/S2006002_es.pdf;jsessionid=E5DE72E35BA215F65E7A1F883762C8D7?sequence=1
4. Sáinz P. Equity in Latin America since the 1990s. Chile: Economic and Social Affairs; 2006. Access: 2017/07/10. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/db78/9319943e70b251ab37da3a88024779d36e0d.pdf>
5. Moreno-Brid J, Ruiz-Nápoles P. La educación superior y el desarrollo económico en América Latina. Rev Iberoam Educ Super. 2010;1(1):171-88. Acceso: 10/07/2017. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-28722010000100013&lng=es&nrm=iso
6. WHO Expert Committee. The selection and use of essential medicines. Including the 19th WHO Model List of Essential Medicines and the 5th WHO Model List of Essential Medicines for Children. WHO Technical Report Series, No. 994. Geneva: World Health Organization; 2015. Access: 2017/07/10. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/189763/1/9789241209946_eng.pdf
7. Garzón J. Latin America and Drug Policy. Council of International Relations of Latin America and Caribbean RIAL reports. Colombia: Post-UNGASS; 2016. Access: 2017/07/10. Available at: <http://consejorial.org/wp/wp-content/uploads/2016/11/VF-041116-ENG-Informe-RIAL.pdf>

8. Watkins K. Informe Desarrollo Humano. Más allá de la escasez: Poder, pobreza y la crisis mundial del agua. EE. UU.: PNUD; 2006. Acceso: 10/07/2017. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2006_es_completo.pdf
9. Bates DW. Preventing medication errors: A summary. Am J Health-System Pharmacy. 2007;64(15):S3-S9.
10. Blouin Ch, Drager N, Smith R. International Trade in Health Services and The GATS. Current Issues and Debates. Washington, D. C.: The Work Bank; 2006.
11. Política Nacional de Medicamentos. Rev Saúde Pública. 2000;34(2):206-9. Acceso: 10/07/2017. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-9102000000200018>
12. Tolentino M. Política nacional de medicamentos en Brasil: Una visión general. Rev Peruana Med Experimen Salud Pública. 2009;26(4): 544-8.
13. García P. Política Nacional de Medicamentos en la Reforma de Salud. Chile: MINSA; 2004. Acceso: 10/07/2017. Disponible en: http://www.ispch.cl/sites/default/files/RESOLUCION20515%20%202004%20Politica_Nacional_Medicamentos.pdf
14. Núñez P, Méndez C. Implementación de la Política Nacional de Medicamentos de la Reforma de la Salud: percepción del profesional farmacéutico. Rev Chilena Salud Pública. 2011;15(1):21.
15. Phang C. Reforma del sector salud y la política farmacéutica en Perú. Cad Saúde Pública. 2002;18(4):1121-38.
16. Medina C. Política farmacéutica nacional: Impacto en el Uso Racional de Medicamentos en el Perú. UCV-SCIENTIA. 2015;2(2):82-90.
17. Alcalde J, Lazo O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud pública Méx. 2011;53(2): 243-54.
18. Leyva R, Wirtz V, Dreser A, Reich M. Hacia una política farmacéutica integral para México. Salud pública Méx. 2006;48(2):179-80.
19. Pagán J, Ross S, Yau J, Polsky D. Self-Medication and Health insurance coverage in Mexico. Health Pol. 2006;75:170-7.
20. Wirtz V, Dreser A, Heredia I. Retos y oportunidades para el desarrollo de la política farmacéutica nacional en México. Salud pública Méx. 2013;55(3):329-36.
21. Ministerio de Salud de Bolivia. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud. Lista Nacional de Medicamentos Esenciales - LINAME 2014-2016, Regulación Farmacéutica No. 20/Ministerio de Salud. Serie: Documentos Técnico- Normativos No. 367. La Paz: Área de Impresión; 2014.
22. Turner R. Política Nacional de Medicamentos. Panamá: Ministerio de Salud; 2009. Acceso: 10/07/2017. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/politica_nacional_de_medicamentos_panama.pdf

23. Mejía S, Vélez A, Buriticá O, Arango M, Gómez J. La política farmacéutica nacional en Colombia y la reforma de la seguridad social: acceso y uso racional de medicamentos. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(4): 1025-39.
24. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Política Farmacéutica Nacional. República de Colombia: Departamento Nacional de Planeación; 2012. Acceso: 10/07/2017. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Politica%20Farmac%C3%A9utica%20Nacional.pdf> Consultado 16 diciembre 2014.
25. Comisión Legislativa Nacional. Ley de Medicamentos. República Bolivariana de Venezuela. Gaceta oficial n° 37.006 de fecha 3 de agosto de 2000.
26. Mena K. Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales. Santo Domingo, República Dominicana: Ministerio de Salud; 2015. Acceso: 10/07/2017. Disponible en: <http://www.msp.gob.do/oai/documentos/Resoluciones/2015/Cuadro%20Basico%20de%20Medicamentos%20Esenciales%20de%20RD.%202015.pdf>
27. Fernández E. Política Farmacéutica Nacional. República Dominicana: Ministerio de Salud; 2007. Acceso: 10/07/2017. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s23004es/s23004es.pdf>
28. Organización Mundial de la Salud. Portal de información- Medicamentos esenciales y productos de salud. Política de Medicamentos para el MERCOSUR, Bolivia y Chile. (Anexo IV MERCOSUR/IIICMC Ext./DT N.º 2/02). III Reunión Extraordinaria del Consejo del Mercado Común de, 18 febrero de 2002 (13 páginas). Acceso: 10/07/2017. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js22139es/>
29. Kusonoki L. Política Andina de Medicamentos. Perú: Comisión técnica subregional para la política de acceso a medicamentos, ORAS-CONHU; 2009. Acceso: 10/07/2017. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18600es/s18600es.pdf>
30. Tarragona S, de la Puente C. Política Nacional de Medicamentos. ¿Qué se hizo? ¿Qué queda por hacer?. [Internet]. Argentina: Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Unidad de Análisis Económico en Salud; 2002 [citado 10 julio 2017]. p-15. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/medicina/infecciosas/politicamedicamentosministerio.pdf>
31. Rodríguez M. Política nacional de los medicamentos. . El Salvador: Organización Panamericana de la Salud/Ministerio de Salud (MINSAL); 2011. Acceso: 10/07/2017. Disponible en: http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=politicas-de-salud&alias=811-politica-nacional-de-medicamentos-18012012&Itemid=364
32. Ministerio de Salud Pública. Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos. Consejo Nacional de Salud. Comisión de Medicamentos e Insumos. República del Ecuador. 8ª revisión. República del Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2010.
33. Ortiz-Prado E, Galarza C, Cornejo León F, Ponce J. Acceso a medicamentos y situación del mercado farmacéutico en Ecuador. Rev Panam Salud Pública. 2014;36(1):57-62.

34. Jiménez L, Blanco R. Medicamentos subutilizados en el ámbito comunitario, Área Salud Coronado, CR. Rev Costarricense Salud Pública. 2006; 15(28): 50-61.
35. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros y Controles del Ministerio de Salud. Documento Marco teórico: Propuesta Política Nacional de Medicamentos. Costa Rica: Ministerio de Salud Pública; 2004.
36. Ministerio de Salud Pública. República de Costa Rica. Ley 9234: Ley reguladora de investigación biomédica. 1 vez.-O. C. N° 21319. -Solicitud N° 2762.-C-1075330. -(L9234-IN2014025015). 25 abril 2014. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud Pública; 2014. Acceso: 10/07/2017. Disponible en: <http://www.emedic.ucr.ac.cr/images/BuenasPracticas/Ley%20reguladora%20de%20la%20investigacion%20medica.pdf>
37. Ministerio de Salud Pública. República de Costa Rica. Reglamento 35244-S: Reglamento del Sistema Nacional de Farmacovigilancia. 1 vez(O. C. N° 93056) (Solicitud N° 22905).-C-158460.-(D35244-41436). San José, Costa Rica: Ministerio de Salud Pública; 2009. Acceso: 10/07/2017. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/empresas/farmacovigi/marco_regulatorios/Reglamento_FV_35244-S.pdf
38. Ministerio de Salud. Dirección de Registros y Controles. Validación de los Lineamientos de la Política Nacional de Medicamentos. Costa Rica: Ministerio de Salud; 2005.
39. Barrios A. Política Nacional de Medicamentos. Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2015. Acceso: 10/07/2017. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/dinavisa/wp-content/uploads/2016/01/Politica-de-Medicamentos-2015.pdf>
40. Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. NEJM. 2013; 368 (10):936-42.
41. Bauer U, Briss P, Goodman R, Bowman B. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. Lancet. 2014; 384(9937):45-52.
42. Hoebert J. National medicines policies: a review of the evolution and development processes. J Pharmaceut Pol Pract. 2013; 6: 5.
43. Holloway K, Henry D. WHO essential medicines policies and use in developing and transitional countries: an analysis of reported policy implementation and medicines use surveys. PLoS Med. 2014; 11(9):e1001724.
44. Traulsen J, Almarsdóttir. The argument for pharmaceutical policy. Pharm World Sci. 2005; 27: 7-12.
45. Traulsen J, Almarsdóttir A. Pharmaceutical policy and the lay public. Pharm World Sci, 2005; 27: 273-7.
46. Lancaster K, Ritter A. Examining the construction and representation of drugs as a policy problem in Australia's National Drug Strategy documents 1985-2010. Internat J Drug Pol. 2014; 25(1):81-7.

47. Homedes N, Ugalde A, Rovira J. The World Bank, pharmaceutical policies, and health reforms in Latin America. *Internat J Health Ser.* 2005; 35(4):691-717.

48. Mordujovich P. Implementación de una estrategia nacional de uso racional de medicamentos (Propuesta regional). Brasil: OMS/OPS; 2009. Acceso: 10/07/2017. Disponible en:
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22291es/s22291es.pdf>

Recibido: 12/12/2017

Aceptado: 21/12/2017

Luis Guillermo Jiménez Herrera. Universidad de Costa Rica.
Correo electrónico: lgjhfa@gmail.com