



CONFERENCIA DE EXPERTOS SOBRE USO
RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS

25 - 29 de noviembre de 1985, Nairobi, Kenya

NUEVO SISTEMA DE GESTIÓN DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
PARA LOS SERVICIOS RURALES DE SALUD DE KENYA¹

EXAMEN DE LA SITUACION

INDICE

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	2
Los problemas	2
EL NUEVO SISTEMA DE GESTION	3
Objetivos	3
Componentes principales	3
LA LEGISLACION SOBRE MEDICAMENTOS Y CONTROL DE LA CALIDAD	4
La Ley de Farmacia y Tóxicos (Cap. 244)	4
La Ley de Sustancias Peligrosas (Cap. 245)	4
La Ley de Alimentos, Medicamentos y Sustancias Químicas (Cap. 254) ...	4
Importación de medicamentos	5
ADQUISICION DE MEDICAMENTOS	5
REGISTRO DE MEDICAMENTOS	6
El derecho de distribución	7
El derecho a prescribir	7
Las actividades de promoción de medicamentos	7
Precios	7
Simposios	8
Distribución	8
Control	9
Organización y administración	9
El costo	9
Resultados	10

¹ El Director General expresa su agradecimiento al Gobierno de Kenya por haber aportado este examen de la situación.



NUEVO SISTEMA DE GESTIÓN DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS
PARA LOS SERVICIOS RURALES DE SALUD DE KENYA

INTRODUCCION

1. El Ministerio de Salud de Kenya se ha comprometido a desarrollar un programa para el mejoramiento de los servicios de salud de la población rural, a la que pertenece la mayor parte de la población del país. La base principal de ese programa es una red de servicios rurales de salud: centros de formación de personal sanitario, centros de salud y dispensarios. En la actualidad están funcionando 227 centros de salud y 682 dispensarios que prestan servicios generales de salud. La administración y supervisión están a cargo de equipos sanitarios de distrito.

2. Reconociendo los efectos adversos de la escasez de medicamentos, el Ministerio de Salud llevó a cabo, en 1979, un estudio a fondo del problema. Los servicios rurales de salud, que con frecuencia están en zonas muy remotas, quedaban al final de una larga cadena de servicios que comenzaba en los Almacenes Médicos Centrales, de Nairobi, y pasaba después por los hospitales de distrito. La planificación en los Almacenes Médicos Centrales, que no era precisamente óptima, la escasez de moneda extranjera y una política de compras que no era la adecuada tuvieron como consecuencia el hecho de que no se pudiera disponer de los medicamentos más necesarios para los servicios rurales de salud. Las pérdidas causadas por robos o por daños que se producían en tránsito empeoraban la situación. En muchos casos, los pacientes se veían forzados a caminar muchos kilómetros hasta el hospital gubernamental o de misión más próximo para poder conseguir medicamentos, ya que no lograban obtenerlos en los servicios rurales. Como es natural, esto dio lugar a problemas socioeconómicos considerables.

3. El Ministerio de Salud conoce plenamente los problemas creados por la escasez de medicamentos, particularmente en los centros y dispensarios rurales de salud. Por eso, ha adoptado ya medidas para aliviar tal estado de cosas.

Los problemas

4. Los principales problemas identificados concretamente son los siguientes:

- a) Escasez de medicamentos, debida a las deficiencias en la política de planificación y compras de los Almacenes Médicos Centrales, situación agravada por las deficiencias del transporte y de la distribución. Muchos medicamentos destinados a los servicios rurales de salud se desvían hacia los hospitales de distrito o se pierden como consecuencia de robos. Los medicamentos que finalmente llegan a los servicios rurales de salud son o muy insuficientes o de un tipo que no se necesita.
- b) Escasez de equipo esencial, que con frecuencia desaparece o se encuentra en muy malas condiciones para ser utilizado.
- c) Calidad. Los medicamentos que llegan a los servicios rurales de salud son con frecuencia de mala calidad o ha expirado ya su plazo de utilización.
- d) Deficiencias en el diagnóstico y en la prescripción. Son muchos los casos en que el personal sanitario no puede formular un diagnóstico clínico certero ni prescribir el medicamento adecuado y en la debida dosis. Los excesos en la prescripción y la polifarmacia, debidos con frecuencia a la insistencia de los pacientes, empeoran la escasez general de medicamentos.

e) La actitud de los pacientes. Algunos pacientes se han acostumbrado a usar indebidamente los servicios gratuitos de salud, a los que llegan con el pretexto de pequeños achaques y en los que piden diferentes tipos de medicamentos que luego arrojan en cualquier lugar o distribuyen o venden a amigos y parientes. El personal sanitario encuentra muy difícil oponerse a esas presiones.

EL NUEVO SISTEMA DE GESTION

5. Para hacer frente a estos problemas, el Ministerio de Salud introdujo, en 1980, un nuevo sistema destinado a asegurar que los servicios rurales de salud contaran con los medicamentos que necesitaran y con personal sanitario capacitado para utilizarlos.

Objetivos

6. Los principales objetivos del nuevo sistema de gestión son los siguientes:

- 1) asegurar que los servicios rurales de salud reciban con regularidad cantidades adecuadas de medicamentos esenciales, de conformidad con las necesidades esenciales de los pacientes y dentro de los límites presupuestarios
- 2) asegurar que los medicamentos esenciales lleguen a los servicios rurales de salud sin pérdidas ni roturas y en buenas condiciones
- 3) asegurar que los medicamentos esenciales sean administrados, por personal sanitario, conforme a la mejor relación costo-eficacia posible. Con este fin ese personal ha de recibir formación para formular mejores diagnósticos clínicos y mejorar el tratamiento de los pacientes
- 4) garantizar la calidad de todos los medicamentos que se suministren, velando por que se ajusten a las normas internacionales de pureza e inocuidad, que sean de fabricación reciente y que estén debidamente etiquetados y envasados
- 5) informar y educar al público en cuanto a la actitud que debe adoptar en relación con los medicamentos y con los servicios de salud.

Componentes principales

7. Lista de medicamentos esenciales. Teniendo en cuenta la lista de medicamentos esenciales de la OMS, adaptada a las pautas de morbilidad de Kenya, se preparó una lista de 40 medicamentos esenciales para centros de salud y para 30 dispensarios. Se ha comprobado que tales medicamentos son adecuados para los centros de salud y dispensarios rurales. También se estableció que en el etiquetado sólo se debían utilizar denominaciones genéricas y que se debían evitar todas las duplicaciones, combinaciones y formas complejas.

8. Equipo esencial. El Ministerio estableció una lista de equipo médico esencial para los servicios rurales de salud. El equipo se distribuyó, al comenzar el nuevo sistema, junto con los medicamentos esenciales.

9. Suministro de medicamentos. Un principio fundamental del nuevo sistema es que los servicios rurales de salud deben recibir la cantidad que necesiten, pero no más, de los medicamentos esenciales para atender al número de pacientes que a ellos acuda, por lo que las necesidades se han de calcular de conformidad con la pauta que se observe en las enfermedades.

10. Normalización del tratamiento. Se establecieron unos planes normalizados en cuanto a las dosis adecuadas para los distintos grupos de edad, duración del tratamiento, precauciones que se habían de adoptar, etc., en relación con todos los medicamentos seleccionados. El objetivo consiste en lograr un tratamiento racional y efectivo de los problemas básicos de salud.

11. Formación de personal. Una parte importante del nuevo sistema de gestión es la formación de agentes de salud para diagnosticar mejor los estados patológicos corrientes y para adoptar decisiones más acertadas en cuanto a las prescripciones y al envío de pacientes a otros niveles de asistencia. Se presta especial atención a la formación de personal para el examen de pacientes y la formulación de diagnósticos y se utilizan ayudas tales como los gráficos de la OMS. Se da plena información en cuanto a los medicamentos esenciales: casos en que están indicados, precauciones y efectos secundarios, así como condiciones de almacenamiento y utilización.

LA LEGISLACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS Y CONTROL DE LA CALIDAD

12. La legislación entró en vigor en 1964, pero desde entonces ha sido objeto de varias reformas. La legislación cubre todos los aspectos de las transacciones comerciales sobre productos farmacéuticos así como el ejercicio profesional de la farmacia. Comprende disposiciones relativas a la fabricación, importación y exportación, distribución y almacenamiento de productos farmacéuticos, así como los requisitos relativos a la publicidad, el etiquetado y los envases. El Consejo de Farmacia y Tóxicos es la autoridad competente para hacer cumplir las disposiciones legales. Ejerce las funciones de un órgano administrativo central.

La Ley de Farmacia y Tóxicos (Cap. 244)

13. La Ley de Farmacia y Tóxicos se refiere principalmente a la distribución de tóxicos, según la definición que de ellos se formula en la ley, pero sólo se refiere muy brevemente y en forma un tanto inadecuada a cuestiones tales como la manufactura, envases, publicidad, etc. Sin embargo, la ley especifica que la fabricación de "tóxicos" no se podrá llevar a cabo más que en locales que hayan sido aprobados para tal efecto y que cuenten con licencia o la correspondiente anotación en el registro; también dispone la ley que sólo se podrán fabricar aquellos productos cuya manufactura haya sido aprobada por el Consejo de Farmacia y Tóxicos. Las empresas productoras, en su mayoría, han adoptado la "Guía Naranja" como base oficial de las buenas prácticas de fabricación (BPF).

La Ley de Sustancias Peligrosas (Cap. 245)

14. La Ley de Sustancias Peligrosas es muy amplia y detallada en lo que se refiere a la manipulación, comercio y producción de estupefacientes.

La Ley de Alimentos, Medicamentos y Sustancias Químicas (Cap. 254)

15. Al no existir una ley especial de medicamentos, la Ley de Alimentos, Medicamentos y Sustancias Químicas contiene disposiciones suplementarias para el control de la manufactura, el etiquetado y el transporte de medicamentos. Sin embargo, resulta inadecuada porque únicamente se refiere a los aspectos higiénicos básicos de la manufactura de productos farmacéuticos.

Importación de medicamentos

16. Los medicamentos sólo se pueden importar con permiso de la autoridad competente (el Consejo de Farmacia y Tóxicos), del Ministerio de Salud, y este permiso sólo se concede a vendedores al por mayor que cuenten con la debida licencia y autorización y figuren inscritos en el registro (distribuidores farmacéuticos). Los individuos y las farmacias de venta al por menor sólo pueden importar mediante una dispensa especial, por ejemplo, la que se concede cuando un individuo o una farmacia es el agente domiciliado en el país de una empresa de ultramar.

17. La importación de estupefacientes y de sustancias psicotrópicas está sometida a disposiciones especiales. Esas disposiciones se ajustan estrictamente a las directrices establecidas de conformidad con las Convenciones I y II, de Ginebra, y el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, de los que Kenya es país signatario. La autoridad encargada del control mantiene un registro de todas las autorizaciones de importación expedidas en el curso de cada año. También remite con regularidad información sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, de las Naciones Unidas.

18. Las leyes mencionadas controlan también la exportación de medicamentos de Kenya. Sólo los mayoristas y fabricantes que cuenten con la autorización y licencias correspondientes pueden exportar medicamentos. La autorización se hace constar en el permiso de exportación que expide el Ministerio de Salud. Se mantiene un registro de todas las autorizaciones de exportación expedidas en el curso del año.

ADQUISICION DE MEDICAMENTOS

19. Hay disposiciones legislativas y administrativas sobre puntos concretos del etiquetado y envase de medicamentos. Los medicamentos esenciales adquiridos por el Ministerio de Salud, han de llevar, por prescripción de la ley, las letras "KG.KMD" en el envase o la etiqueta. Además, todos los productos han de estar debidamente etiquetados con los nombres genéricos (y otros), dosis, potencia, presentación (formulación), cantidad contenida, fecha de fabricación, fórmula (composición), fecha de vencimiento, lote, número, nombre y dirección del fabricante y cualquier indicación especial que sea precisa como precaución para el almacenamiento.

20. En la adquisición de medicamentos esenciales para el nuevo sistema de gestión, se han establecido especificaciones relacionadas con el tipo de medicamento, forma de dosificación, envasado, etiquetado, calidad y administración. Antes de llegar a la concesión de los contratos, grupos técnicos mixtos Ministerio de Salud/UNICEF/OMS, visitan a los posibles abastecedores y reúnen la información necesaria. En cuanto es posible, se adopta una actitud favorable hacia los productores locales, siempre que reúnan los requisitos necesarios para las buenas prácticas de fabricación y la buena calidad. Uno de los principios más destacados del sistema de gestión consiste en apoyar a los fabricantes locales dignos de confianza y en edificar así la independencia y la autosuficiencia de la nación al menos en lo que se refiere a los medicamentos esenciales. Para efectuar el control, se toman muestras al azar de las existencias en los Almacenes Médicos Centrales, así como en los servicios rurales de salud, y se envían al UNICEF, Ginebra, para ser analizadas. Generalmente los resultados se conocen en tres o cuatro semanas.

REGISTRO DE MEDICAMENTOS

21. La primera edición de un Índice Farmacéutico de Kenya, en el que figuran todos los medicamentos que existen en el mercado, se publicó a fines de 1984. Desde que se puso en vigor el registro obligatorio de productos (medicamentos), en abril de 1982, se ha conseguido reducir efectivamente la proliferación de medicamentos en el mercado. En la actualidad, hay de 5000 a 6000 medicamentos en circulación. Se cree que, para fines de 1985, se habrán registrado solamente alrededor de 2000 de esos productos. Los organismos gubernamentales tienen una lista de medicamentos esenciales en la que figuran unos 200 productos, que son los que esos organismos han de tener en cuenta para la atención de sus necesidades. Esa lista de medicamentos esenciales se funda en gran parte en la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS. Hay en ella 40 medicamentos para los centros de salud y 30 para los dispensarios.

22. Cada dosificación y cada potencia se deben registrar por separado. Hay un comité técnico de evaluación que tiene a su cargo el examen de todas las peticiones de registro que se presenten y la formulación de las correspondientes recomendaciones en cuanto a ellas. El registro de productos se ha de renovar cada 5 años en cuanto a los manufacturados en el exterior, y cada tres años en el caso de los manufacturados localmente. Los detalles sobre el control de la calidad de los productos, relacionados con su inscripción en el registro, se ajustan a los requisitos especificados por la OMS en sus directrices sobre las buenas prácticas de fabricación.

23. Debido a la falta de recursos físicos, financieros y humanos, algunos de los programas oficiales de control son deficientes, pues la mencionada escasez de recursos impide la plena aplicación de un sistema amplio que garantice el control de la calidad. En consecuencia, el plan de la OMS, de certificación de la calidad de los productos farmacéuticos que entran en el mercado internacional, cuenta con un amplio campo de aplicación. Kenya pasó recientemente a ser país signatario de este plan de certificación.

24. La autoridad para fiscalizar y controlar la calidad de los medicamentos del sistema de suministro farmacéutico de Kenya corresponde a la Sección de Inspección y Control de Medicamentos, del Departamento de Farmacia del Ministerio de Salud. Los trámites administrativos y reglamentarios para el control de los productos farmacéuticos, tales como la notificación, autorización o registro, están a cargo del Consejo de Farmacia y Tóxicos. La inspección, muestreo y análisis de los productos farmacéuticos que se encuentran en el mercado, además de la información recibida de otras fuentes (fabricantes, distribuidores, otros organismos y asesores oficiales y las investigaciones sobre los defectos de que se informa) constituyen la base de la acción que se desarrolla con el fin de reducir al mínimo los riesgos para la salud debidos a la pobre calidad de los productos. Estas funciones están a cargo de la Sección de Inspección y Control de Medicamentos.

25. La verificación mediante inspección comprende la evaluación de las empresas manufactureras y distribuidoras, así como las de venta al por menor y dispensarios tales como las farmacias y hospitales. La vigilancia de la calidad de los medicamentos debe contar con el apoyo de servicios de inspección y laboratorio, pero en Kenya no existe un laboratorio central de análisis para el control de la calidad.

El derecho de distribución

26. La reglamentación establecida exige que los distribuidores sean vendedores autorizados de productos tóxicos o vendedores con licencia como mayoristas, que tengan su establecimiento bajo el control de un farmacéutico debidamente registrado como tal. La expedición de licencias para estos fines está a cargo del Consejo de Farmacia y Tóxicos. La distribución se ha de efectuar desde locales aprobados e inscritos en el registro.

El derecho a prescribir

27. La ley nacional impone ciertos deberes a personas como el farmacéutico y el que prescribe un medicamento pues ambos intervienen en las etapas finales de la distribución de los productos farmacéuticos. Estas personas tienen, conforme a la ley, responsabilidades en cuanto a la calidad del producto. Sobre el farmacéutico y la persona que prescribe un producto recaen también responsabilidades derivadas de sus normas de conducta profesional y sus códigos profesionales, en relación con los productos defectuosos.

28. No hay ninguna ley ni reglamento que obligue al autor de una prescripción a mostrar preferencia por un producto de marca sobre un producto que lleve una denominación genérica. Tampoco se da el caso inverso. Los productos de marca y los de denominación genérica se encuentran al mismo nivel en cuanto se refiere al registro, control de la calidad, comercialización y utilización. Ahora bien, en el sector público se ha alentado recientemente la prescripción de productos de denominación genérica, como consecuencia de la lista de medicamentos esenciales mencionada anteriormente en la que los productos se identifican por sus nombres genéricos o nombres comunes internacionales.

29. El derecho a prescribir medicamentos se confiere, por las autoridades legales y profesionales competentes, a las personas debidamente tituladas (médicos en ejercicio, dentistas, especialistas en cirugía veterinaria) o a personas autorizadas por el Director de los Servicios Médicos o que cuenten con su aprobación.

Las actividades de promoción de medicamentos

30. La importación, manufactura, distribución y venta de medicamentos y otras preparaciones farmacéuticas queda bajo control en virtud de las disposiciones legislativas que se han mencionado anteriormente. De conformidad con esas disposiciones, el Consejo de Farmacia y Tóxicos concede licencias para diversas actividades a las personas o establecimientos interesados en los productos farmacéuticos y prohíbe toda propaganda relacionada con los medicamentos. No permite que se anuncien los productos farmacéuticos en los medios de comunicación de masas, en lo referente a ciertas enfermedades y estados patológicos enumerados en la lista de la Ley de Farmacia y Tóxicos ni permite la propaganda de determinadas sustancias psicotrópicas o estupefacientes.

31. No se han fijado unas normas ni un formato que se deban respetar para que se permitan las actividades de propaganda de medicamentos.

Precios

32. Los precios de los productos farmacéuticos no están controlados de la misma manera que los de los artículos de uso general. Normalmente, el precio de cualquier medicamento se negocia para determinar una cifra que sea aceptable tanto para el abastecedor como para el gestor de precios del Ministerio de Finanzas. Ni el Consejo de Farmacia y Tóxicos ni ningún órgano del Ministerio de Salud influyen en la fijación

de precios de los productos farmacéuticos. Ahora bien, una vez ha sido determinado, el precio continúa siendo el mismo para todos los lugares del país.

Simposios

33. Todo establecimiento que desee dar a conocer un nuevo producto o diseminar información nueva o adicional sobre un producto suyo podrá organizar simposios. La única condición es que los grupos a que se destinen estén bien definidos. Esos grupos suelen estar integrados por médicos en ejercicio o por estudiantes de medicina. En este caso, se deben seguir estrictamente las disposiciones relativas a publicidad. Esto no impide que se facilite información a quienes han de prescribir los medicamentos y a otros usuarios, a los que se pueden hacer llegar textos y otras ayudas informativas. Esa información técnica la han de difundir representantes para la venta de productos médicos, los que han de disponer de una licencia, como tales, para poseer muestras de esos productos. La cuestión de la entrega de muestras se ha debatido ampliamente en las reuniones del Consejo de Farmacia y Tóxicos. Normalmente, los representantes de ventas son personas que han recibido preparación en las profesiones biomédicas, tales como farmacéuticos, técnicos de farmacia o enfermeras.

34. En consecuencia, el control que el ministerio ejerce sobre las actividades de promoción y distribución de medicamentos por los fabricantes de productos farmacéuticos es el siguiente:

- los productos fabricados han de ser registrados por el Ministerio de Salud y recibir de él la correspondiente licencia
- la manufactura y distribución se llevan a cabo en locales que han sido inscritos en el registro y aprobados para estos fines
- el fabricante actúa bajo la supervisión de personas autorizadas, que tienen las necesarias calificaciones técnicas
- la distribución se efectúa bajo la supervisión de un farmacéutico que figure en el registro
- la diseminación de información técnica y el suministro de muestras médicas se llevan a cabo por representantes médicos autorizados
- toda publicidad se ha de ajustar estrictamente a las disposiciones de la ley.

Distribución

35. Uno de los problemas importantes que se planteaban en el viejo sistema era el de las pérdidas durante el transporte desde los Almacenes Médicos Centrales a los servicios rurales de salud, pérdidas que se debían a rupturas, robos, falta de cuidado de la manipulación, exposición a las condiciones atmosféricas, etc. Además, los medicamentos que llegaban a hospitales de distrito quedaban generalmente retenidos allí para ser utilizados en ellos.

36. Conforme al nuevo sistema de gestión, el embalaje se hace en el propio lugar de la manufactura, donde los paquetes quedan bien cerrados y sellados. Esos paquetes están concebidos de forma que permite resistir la brusquedad de la manipulación, los rigores del transporte y las circunstancias atmosféricas más inclementes. Los paquetes de medicamentos se envían a los hospitales de distrito, donde quedan almacenados en lugares limpios y secos antes de transportarlos, bajo la supervisión de los equipos

sanitarios de distrito, a las instalaciones rurales de salud. En ningún momento se pueden desellar o abrir esos paquetes antes de que lleguen a su destino en las instalaciones rurales de salud.

37. Cada tres meses, los supervisores de distrito recogen las existencias sobrantes y las devuelven a los hospitales de distrito, para redistribuirlas a otros servicios de salud en los que puedan ser más necesarias.

38. Cada tres meses se envían paquetes de medicamentos a los distritos y cada mes a las instalaciones rurales de salud, de conformidad con el número de pacientes que pueda haber.

Control

39. El control de los suministros de medicamentos esenciales está a cargo del Servicio de Administración de Medicamentos, del Ministerio de Salud, servicio que actúa en estrecha coordinación con los equipos de salud distritales y provinciales. En los servicios de salud se utiliza un sistema de fichero sencillo pero eficaz, para que todos los interesados puedan comprobar mejor los suministros y su utilización. Esto permite establecer fácilmente una relación con el número de pacientes y diagnósticos/tratamientos, que se ha de anotar con exactitud por personal sanitario.

Organización y administración

40. Al principio del nuevo sistema de gestión se estableció un servicio en el Ministerio de Salud, de Nairobi, cuya misión era coordinar la aplicación y funcionamiento del nuevo sistema. Este Servicio de Gestión de Suministros de Medicamentos a las Instalaciones Rurales de Salud, funcionando como una unidad del Proyecto de Salud Rural, del Ministerio, tiene las siguientes funciones:

- examinar y actualizar periódicamente las listas de medicamentos esenciales, los sistemas de tratamiento normalizados y las directrices para diagnósticos clínicos
- evaluar los servicios rurales de salud para determinar si son adecuados los diagnósticos clínicos y el tratamiento de pacientes
- gestionar, en relación con los Almacenes Médicos Centrales, el suministro, almacenamiento, control de calidad y distribución de medicamentos esenciales, dentro del presupuesto disponible
- fomentar la formación de los componentes de los grupos sanitarios de distrito y provinciales así como del personal de los servicios rurales de salud para llevar a cabo diagnósticos clínicos y tratar a los pacientes
- determinar, en consulta con los equipos sanitarios de distrito, la necesidad de medicamentos para los servicios rurales de salud.

El costo

41. Es importante señalar que el nuevo sistema de gestión de Kenya no implica necesariamente un gran aumento en los gastos por medicamentos. El sistema se basa en la idea del racionamiento, es decir en un suministro de medicamentos ajustado al número de pacientes y a la morbilidad, en la formación de personal sanitario que pueda formular diagnósticos y tratar a los pacientes más eficazmente y en los suministros de

medicamentos esenciales a los precios del mercado mundial. Se espera que los servicios rurales de salud puedan facilitar una atención muy mejorada, dentro de las limitaciones presupuestarias existentes.

42. Sin embargo, más importante que el costo es el beneficio que el nuevo sistema de gestión puede aportar en términos de bienestar humano. Aparte de los beneficios puramente terapéuticos, un suministro adecuado de medicamentos aumenta la utilización de los servicios de salud en general, estimula el interés y la moral del personal en su trabajo y mejora considerablemente el sistema de prestación de servicios sanitarios.

43. Aunque en el nuevo sistema se observan ya unas economías considerables en el suministro de medicamentos, así como economías debidas al mejoramiento del embalaje, la distribución y el uso de medicamentos, no cabe esperar que en ese sistema se gaste menos de lo que se gastaba antes en las necesidades de los servicios rurales de salud. Sin embargo, anteriormente los servicios rurales de salud adolecían de una grave escasez de suministros. Es seguro que el nuevo sistema de gestión permitirá que todos los servicios rurales de salud de Kenya sean adecuadamente abastecidos de medicamentos esenciales por un costo mucho menor que el del viejo sistema. Además, la aplicación de los mismos principios a los servicios de hospital tendrá, sin duda, efectos iguales o todavía mayores. El Ministerio de Salud está a punto de emprender esta iniciativa.

Resultados

44. El nuevo sistema de gestión lleva ya en funcionamiento tres años y se extiende a todos los distritos. El público utiliza ahora mucho más que antes los servicios rurales de salud con lo que libera de una pesada carga a los hospitales de distrito. Los agentes de salud están ahora mucho más interesados que antes en su trabajo, pues tienen los medicamentos necesarios para hacer frente a las principales enfermedades y estados patológicos que se observan en los servicios rurales de salud. Se han simplificado tanto el transporte como el almacenamiento y la distribución. Se han eliminado las pérdidas debidas a rupturas, robos y mal aprovechamiento.

45. Aparte de la satisfacción de los trabajadores sanitarios y de los pacientes con el nuevo sistema, y del entusiasmo que éste ha suscitado, es ya evidente otro beneficio objetivo de él derivado. El número de pacientes externos que acuden a los hospitales de distrito se ha reducido de un 30% a un 40%. Los pacientes regresan ahora a sus servicios rurales de salud, dejando a los hospitales de distrito el tiempo necesario para atender los casos más serios o los que han sido enviados a ellos desde niveles inferiores. De esta tendencia en favor del retorno a los servicios locales de salud se derivarán importantes beneficios socioeconómicos y familiares.

= = =