

WHO/DAP/93.7
Original: Español
Distr.: Limitada

45670

POLITICA DE MEDICAMENTOS DE LA SUBREGION ANDINA

SEMINARIO ANDINO SOBRE POLITICAS
DE MEDICAMENTOS



Cartagena, Colombia
24-26 Marzo, 1993

CONTENIDO

Introducción	3
1. Objetivos de la Política subregional de medicamentos	5
2. Legislación	7
3. Selección	7
4. Garantía de Calidad	10
5. Suministro, comercialización y logística	12
6. Aspectos financieros	13
7. Uso racional	16
8. Desarrollo industrial	20
9. Integración andina	21
Lista de participantes en el seminario andino sobre políticas de medicamentos	23

POLITICA DE MEDICAMENTOS DE LA SUBREGION ANDINA

Cartagena. Marzo 24 a 26 de 1993

INTRODUCCION

Desde Alma Ata (con base en la experiencia de países pioneros como el Perú) la estrategia de atención primaria involucró el adecuado suministro de medicamentos esenciales, como elemento fundamental de la prestación de servicios de Salud. Posteriores desarrollos (Nairobi) ratificaron la pertinencia de los medicamentos esenciales dentro de las políticas de extensión de coberturas y racionalización del uso de recursos.

En el área Andina, a partir del Acuerdo de Cartagena (1973-1975), se han dado pasos importantes,¹ tanto en mecanismos de cooperación entre países, como en el establecimiento de criterios técnicos que generen un mercado común Andino para los medicamentos. Ello sólo será posible con el decidido respaldo de los más altos niveles de decisión política.

(1) En el marco de la Cooperación Andina en Salud, a partir de la declaración de Caracas (Mayo de 1991) y posteriormente en Santafé de Bogotá, Quito, La Paz, y Villa de Leyva, los 5 países han discutido y propuesto criterios de armonización en Políticas, registro sanitario, control de calidad, cuadros básicos, normas farmacológicas y elementos técnicos para el comercio internacional, entre otros. Existe un importante grado de madurez para permitir su pronta concreción.

Las similitudes de la morbilidad y mortalidad de los países de la subregión, de los sistemas sanitarios y de los procesos de transformación social y económica en curso, unidos al deseo de integración de mercados, han hecho prioritario un esfuerzo de concertación de una política de medicamentos para el Área Andina. Esfuerzo que debe integrarse con las políticas sociales y de salud, y ser coherente con las transformaciones económicas, sin perder de vista que el medicamento tiene dimensiones sanitarias y sociales que no pueden eludirse, y que corresponde a las autoridades de Salud de cada País, recuperar su natural liderazgo en las decisiones que afectan la producción, comercialización o utilización de los medicamentos.

Al abordar la tarea de definir una política farmacéutica para la región Andina, conviene recordar que ella debe ser coherente, integral y de largo plazo. Con mucha frecuencia, por razones específicas, se tiende a privilegiar aspectos parciales (registro, calidad, compras) que a la postre le restan eficacia al uso de los medicamentos en los servicios de salud.

Debe también tenerse en mente que la prestación de servicios de atención de salud, juega un papel importante pero limitado, en el contexto de la salud pública. La promoción, la prevención, la participación ciudadana y muy particularmente las condiciones y estilos de vida han demostrado ser determinantes. Y dentro de la atención, el medicamento juega, igualmente, un papel limitado. No pocas veces el mejor medicamento es ningún medicamento.

De otra parte no puede tratarse al medicamento como a cualquier otra mercancía. Su mercado no es transparente y se

encuentra distorsionado. El consumidor no lo elige, no posee elementos que le permitan evaluar su satisfacción con su uso, y ha sido objeto de una intensa publicidad que le atribuye propiedades exageradas. Profesionales de la salud y pacientes olvidan con frecuencia que no existe medicamento totalmente inocuo, y que no es cierto que lo más novedoso o lo más costoso sea lo mejor.

1. OBJETIVOS DE LA POLITICA SUBREGIONAL DE MEDICAMENTOS

El papel del Estado en cuanto a los medicamentos, cualquiera que sea la concepción política con la que se le mire, apunta a garantizar la disponibilidad y la equidad en el acceso de toda la población a medicamentos eficaces, de calidad, a precios accesibles, y a su correcta utilización.

Disponibilidad y accesibilidad al medicamento son parámetros que permiten medir la calidad de los servicios de salud y constituyen indicadores sociales de la justicia y la equidad en la distribución de la riqueza de un país.

Estos elementos constituyen una función indelegable, que puede ser implementada con muy diferentes mecanismos, y con diversas modalidades de participación del sector privado. Profundos procesos de transformación del sector público se encuentran en curso, con elementos de redefinición de funciones, modernización, agilización administrativa, apertura económica y transformaciones en los sistemas de salud. Corresponde al sector salud, hacer compatibles tales

transformaciones con las propuestas de política. Propuestas que deben recuperar el papel normativo, pero también identificar mecanismos de articulación a los servicios de salud, pues finalmente es más importante el manejo de los medicamentos en ellos, que en las oficinas de registro.

En los países Andinos se ha llegado a un consenso en torno a impulsar dos grandes líneas de política: la primera y fundamental se refiere a la promoción de los MEDICAMENTOS ESENCIALES como el mejor criterio sanitario, que se complementa con el estímulo de los programas de MEDICAMENTOS GENERICOS como la mejor alternativa comercial.

Los Medicamentos Esenciales seleccionados por ser los más útiles para los problemas de salud más importantes, reducen el espectro (disminuyen la dispersión) del número de productos a producir, promocionar y comercializar, facilitando su adecuado conocimiento por los profesionales de la salud y los pacientes. Su uso obligatorio en las instituciones públicas, y ciertamente conveniente para el sector privado, facilita los procesos de selección, compra, almacenamiento y distribución, y muy especialmente de su racional utilización.

Los medicamentos genéricos, al permitir la identificación del producto por su verdadero nombre, facilitan al prescriptor, dispensador y al usuario la selección de entre múltiples alternativas, las que empiezan a competir por calidad y precio o conveniencia. Ello introduce competitividad y transparencia a un mercado distorsionado por la proliferación de marcas y

las prácticas de promoción y publicidad. Consideramos ideal el que los medicamentos puestos en el mercado se llamen por su Denominación Común Internacional o nombre genérico, y se identifique el fabricante. Así, puede el fabricante reivindicar la paternidad de su producto y la sociedad identificar al responsable del mismo. Sin embargo, siempre que se use una marca comercial, deberá acompañarse del respectivo nombre genérico.

2. LEGISLACION

La dimensión legislativa constituye la expresión más relevante del papel del estado. Con frecuencia en los países Andinos, las Leyes y reglamentos se encuentran dispersos, presentan incoherencias (por ser frecuentemente coyunturales) y en muchos aspectos son obsoletos. Los países asumen el compromiso de elaborar un cuerpo legal coherente y comprehensivo, actualizado, de alto nivel técnico y que sea el reflejo de una decisión política en términos de equidad y uso adecuado (Ley marco del medicamento).

En concordancia con la intención de los gobiernos de integración andina, mecanismos de homologación deben ser incorporados. Así mismo, conviene prever mecanismos y recursos que garanticen su aplicación y gestión.

3. SELECCION

El primer elemento de una política farmacéutica global es la selección. Ella tiene su primera expresión en la decisión del

Estado, acerca de los productos que pueden ingresar al mercado, y los que no pueden hacerlo. Es un hecho que ningún profesional de la salud, y mucho menos los pacientes están en capacidad de manejar toda la información disponible sobre la enorme cantidad de productos existentes, y sobre la casi infinita gama de indicaciones que pueden ser argumentadas. El estado, mediante grupos de excelencia técnica y con acceso adecuado a la información, evalúa cada producto y autoriza su comercialización.

La reciente reunión de expertos celebrada en Quito², puso de presente las presiones a que los sistemas de registro se ven abocados, a causa, tanto de grados variables de burocratización de los procesos, como de los requerimientos de la apertura y la internacionalización de la economía. La agilización y modernización de los procedimientos administrativos deben adelantarse, pero sobre la base de una gran claridad conceptual de la esencia del registro sanitario, como la expresión de la obligación del Estado de seleccionar los productos que por su eficacia, utilidad y seguridad, pueden ingresar al mercado, o, dados sus riesgos, no hacerlo. Función que por su dimensión social supera ampliamente la capacidad del prescriptor individualmente considerado.

La implantación de las NORMAS FARMACOLOGICAS constituye una herramienta poderosa para la agilización, sobre bases de objetividad y transparencia de los procedimientos. La profundización y desarrollo de la propuesta de Registro Común Andino, la propuesta de conformar la Junta revisora

(2) OMS-OPS. *Políticas de autorización de productos farmacéuticos*. Documento de la reunión de expertos de la subregión andina. Quito. Ecuador. Diciembre de 1992.

Andina y la armonización de la Normas Farmacológicas, permitirá, en un breve plazo, dar uno de los pasos más importantes en la integración de los mercados farmacéuticos.

La tarea de evaluar los productos que pueden ingresar al mercado, se ha refinado para definir, de entre todos ellos, los mejores (Los medicamentos esenciales). Con ello se obtiene un reducido grupo de productos, más fácilmente manejable por cada prescriptor, o por los sistemas de adquisición de las instituciones.

Los criterios para definir qué es lo mejor, desde una perspectiva sanitaria, están suficientemente claros. Los más seguros, de eficacia comprobada, con el mejor balance beneficio-riesgo, y al menor precio posible para dar respuesta a los problemas más comunes de salud.

La racionalidad, tanto terapéutica como económica en la utilización de los medicamentos gana enormemente si al uso de listados de medicamentos esenciales en las instituciones se añaden los tratamientos estandarizados (protocolos terapéuticos para las patologías más frecuentes). Ello no solamente facilita y tecnifica los sistemas de cálculo de cantidades, sino que permite el seguimiento y evaluación de la terapéutica y de los productos.

Importantes avances en armonización de cuadros básicos han sido realizados en el grupo Andino. Su adopción por cada uno de los países constituye un elemento adicional para facilitar los procesos de integración.

En consecuencia, los países de la subregión andina, se comprometen a implementar un listado común de medicamentos esenciales, armonizar las normas farmacológicas y los requisitos de registro, conformar la Junta Revisora Andina y a elaborar un formulario terapéutico subregional.

4. GARANTIA DE CALIDAD

Un sistema de garantía de Calidad de los medicamentos es requisito indispensable para su seguro y eficaz uso en los servicios. Implica una responsabilidad de los fabricantes y el desarrollo de la capacidad de verificación y sanción por parte de las autoridades sanitarias. En los nuevos escenarios económicos, la calidad se está constituyendo crecientemente en uno de los aspectos más críticos.

La garantía de calidad no puede restringirse a la calidad analítica, sino a todo el proceso de suministro y utilización del medicamento.

Existe un acuerdo en todos los países para implantar, de manera concertada de las Buenas Prácticas de Manufactura como el mecanismo más eficaz, unido al desarrollo de la capacidad de inspección. Es el requisito más importante para poder implementar el Certificado Andino de Calidad, aprobado por los 5 países,³ y sustento de las propuestas de integración.

(3) Bogotá, Seminario para la armonización de cuadros básicos, Febrero 1992.

Sin embargo, el fortalecimiento de los laboratorios centrales de referencia, la conformación de redes descentralizadas y la acreditación y validación de laboratorios independientes para el análisis, continúan siendo de vital importancia. Programas selectivos de muestreo con criterios de riesgo sanitario (productos de estrecho margen terapéutico, productos estériles, productos con potenciales problemas de bioequivalencia), y de alto consumo, permitirán dar respuestas a los usuarios, y focalizar las acciones en aquellos fabricantes (y áreas de producción) que presenten mayores problemas. La difusión a la opinión pública de los resultados de calidad será una poderosa herramienta de depuración del mercado.

Desarrollar la capacidad de aplicar sanciones ante la existencia de productos adulterados o alterados es uno de los aspectos más débiles. Expresa la responsabilidad de la autoridad sanitaria de actuar ante las situaciones que amenazan la salud individual y colectiva. Sin su desarrollo, la garantía de calidad pierde su expresión más necesaria y eficaz.

La organización institucional para el manejo de la calidad es objeto de discusión, tanto por los problemas de presupuesto que presenta el funcionamiento de los laboratorios (el fabricante paga, pero no recibe el servicio) como por la capacidad de retener personal calificado. Mayor autonomía administrativa y financiera, alto nivel técnico, y mecanismos administrativos para la autosustentabilidad mediante el cobro de tarifas por los servicios, parecen ser una alternativa conveniente.

5. SUMINISTRO, COMERCIALIZACION Y LOGISTICA

La garantía de acceso, en especial de la población más pobre, es igualmente un compromiso del Estado. Ella pasa por la posibilidad de concertar con el sector productivo, la racionalización de la oferta en torno a los productos más eficaces y adecuados para las patologías de mayor frecuencia en cada país. Aquí la industria puede llegar a comprender, no solamente que es un aliado del sector público, sino también que su dimensión de servicio social puede tener expresiones concretas.

Pero si encontramos distorsiones por la oferta, es también mucho lo que debe hacerse en la demanda. En especial en los sistemas de compra de las instituciones públicas. Implantar, con carácter obligatorio, el uso de los listados de medicamentos esenciales, desarrollar los sistemas de cálculo de necesidades y los protocolos estandarizados de tratamiento para las más frecuentes patologías, son elementos de tecnificación de los procesos en los que es urgente concretar resultados. Ellos deben combinarse con capacitación de los compradores (información de proveedores, manejo de kárdex) y de los encargados de almacenamiento y distribución.

Experiencias de intercambio subregional de información de proveedores y precios, merecen revitalizarse y fortalecerse.

Dentro de las actuales tendencias de descentralización de la administración y prestación de servicios de salud, lo más apropiado parece ser una balanceada combinación, de acuerdo a las particularidades de cada país, de las ventajas de la

descentralización (ajuste a las necesidades, oportunidad y control por los interesados) con la agregación de la capacidad de negociación (Compras asociativas).

La modernización y tecnificación de los procedimientos de compra también viene siendo asumida por instituciones privadas que, gradualmente acogen el uso de listados de medicamentos esenciales, protocolos de tratamiento y capacitación para las compras, pues la eficiencia de tales medidas está demostrando mayor satisfacción del usuario y mejoras en la calidad de la atención.

También es necesario adelantar programas de capacitación en las buenas prácticas de almacenamiento, aspecto en el cual son frecuentes grandes deficiencias.

Importantes experiencias participativas bajo la forma de empresas solidarias de la comunidad, se encuentran en proceso de desarrollo, prácticamente en toda la subregión andina. Con participación y vigilancia ciudadana, ofertan medicamentos esenciales, a precios accesibles y constituyendo microempresas rentables. Fortalecer tales experiencias, especialmente con asistencia técnica, supervisión y capacitación será un importante mecanismo de incremento de la disponibilidad y accesibilidad a los medicamentos esenciales.

6. ASPECTOS FINANCIEROS

En cuanto a los precios de los medicamentos, la tendencia apunta hacia el desmonte de los mecanismos administrativos de control. No solamente por las nuevas concepciones sobre

el papel del Estado, sino por cuanto tales mecanismos no estuvieron exentos de serios problemas. Desfase con respecto a las estructuras de costo por motivos políticos, las distorsiones del mercado, la eventual corrupción etc. han sido siempre, en mayor o menor medida, debilidades inquietantes de tales sistemas.

Sin embargo, parecería ser que bajo las nuevas concepciones políticas, los controles más efectivos deberían buscarse por los lados del propio mercado; el logro de un mercado dinámico, bien abastecido, con adecuadas condiciones de información, reglas que defiendan el funcionamiento competitivo y reales posibilidades de elección, serían entonces las mejores garantías para asegurar que los precios de los medicamentos respondieran adecuadamente a sus estructuras de costo. El Estado debe reservarse, en todo caso, su derecho a vigilar el comportamiento del mercado, y a intervenir cuando lo considere necesario, para corregir las distorsiones y abusos que puedan generarse. No obstante, cada país, de acuerdo con el desarrollo de los elementos mencionados, identificará los mecanismos y etapas que considere más adecuados.

Es sano un principio general de recuperación del costo en los programas de medicamentos, siempre y cuando se respete, con criterios de focalización y programas de seguimiento, el derecho universal al acceso. La gratuidad generalizada puede conducir a muy variadas formas de generación de "mercados negros", a reventa, sobreprescripción y despilfarro de medicamentos. A la luz de criterios muy claros que busquen como logro prioritario un precio accesible del medicamento, pueden explorarse propuestas de "recuperación flexible" del costo del producto: diversos niveles de descuento y propuestas

de "costo compartido" incluso en programas de prepago, que eviten el gasto excesivo de medicamentos.

Ello puede ser compatible con mecanismos de subsidio, parcial o total, bajo criterios de focalización social (grupos de menores recursos) o sanitaria (los programas especiales de los ministerios de Salud en enfermedades transmisibles).

Mención especial merece el caso de las donaciones gratuitas de medicamentos. Con lamentable frecuencia se convierten en oportunidad para que los donantes se deshagan de productos inútiles para las necesidades locales, con frecuencia vencidos y muchas veces imposibles de utilizar por ser desconocidos o rotulados en otros idiomas. Contrasta esta inutilidad con los ingentes recursos que deben invertirse en el acopio, transporte y selección de tales donaciones. Conviene que las autoridades sanitarias utilicen listados de medicamentos que puedan ser recibidos en donación.

Las patentes farmacéuticas han sido introducidas en el Grupo Andino. Siendo ya un hecho esta política de Propiedad Intelectual, convendría señalar unos criterios que pudieran contribuir a una mejor definición de la misma en el futuro:

- a) Es conveniente un mecanismo que reconozca los derechos de la Propiedad Intelectual en toda invención, garantizando al inventor una justa retribución económica a su esfuerzo de investigación.
- b) Conviene que tal mecanismo garantice no sólo los derechos del inventor, sino también los derechos de la sociedad a usufructuar en las mejores condiciones

posibles los beneficios del invento. Mecanismos inspirados en las actuales **licencias obligatorias**, permitirán que muchos fabricantes puedan sacar el producto al mercado, reconociendo regalías al inventor durante todo el periodo de duración de la patente.

- c) A la luz de las nuevas condiciones de apertura y de internacionalización de los mercados, debe garantizarse el derecho de todo producto legalmente puesto en el mercado (es decir, colocando mediante el pago de las respectivas regalías al titular de la patente), de circular internacionalmente; sólo así se logrará evitar la conformación de estructuras monopólicas a nivel nacional.
- d) El estado debe reservarse el derecho de intervenir en materia de patentes, en casos de emergencia sanitaria o por motivos graves de salud pública.

7. USO RACIONAL

Son múltiples las evidencias de inadecuada utilización de los medicamentos, no solamente por automedicación, formulación por el expendedor (prescripción no autorizada) sino, incluso, prescripción médica inadecuada. No podemos olvidar que todos los medicamentos implican algún riesgo. Aquí pesan no solamente las deficiencias de educación profesional o técnica, sino las concepciones y conductas inadecuadas del consumidor que lo llevan a exigir medicaciones inútiles, exageradas o incluso peligrosas, motivados por una mitificación y distorsión del papel del medicamento.

El espectro de acciones en este terreno es muy amplio, y debe dirigirse a todos los actores del mundo del medicamento. Al usuario (el paciente) tanto para transformar concepciones y actitudes inapropiadas, como para garantizar su derecho a una información completa sobre aquello que se le prescribe. El tema de la automedicación merece una consideración especial, pues no se trata solamente de llamar la atención del público sobre sus riesgos, sino también de promover condiciones adecuadas de uso de productos de amplia utilización.

Las acciones referidas al prescriptor son de la mayor importancia, dado su determinante papel en el mercado de medicamentos, y en las condiciones de uso. La difusión amplia de los formularios terapéuticos ha demostrado ser una herramienta eficaz, cuya homologación andina, en el mediano plazo constituye un paso importante en los procesos de integración. Sin embargo, será definitivo su apoyo a las políticas de medicamentos esenciales y de la prescripción en nombres genéricos, en lo que se requiere una decidida acción de información, persuasión y educación.

El personal de Salud (médicos, enfermeras, auxiliares, farmacéuticos y muy especialmente promotoras) constituye un grupo, cuya apropiada capacitación es de enorme potencial, tanto para mejorar el acceso a los medicamentos (en especial a las zonas marginadas o dispersas) como para optimizar las condiciones de uso. Ella deberá incorporar tanto la reforma de los programas de pregrado, el desarrollo de programas de post-grado en farmacia y farmacología clínicas, así como el diseño de mecanismos de educación continuada. Mecanismos innovadores de educación formal como la docencia-servicio y la docencia-desarrollo merecen difusión y apoyo.

Los farmacéuticos desempeñan un papel particularmente relevante en la producción (en especial la calidad) cuyo profesionalismo merece el respaldo del Estado. Sin embargo, de manera creciente se insiste en promover una mejor integración y utilización de este recurso humano dentro de los servicios de salud (en los comités de farmacia y terapéutica, los comités de compra y servicios de atención farmacéutica hospitalarios), en la dispensación de medicamentos, en los centros de información y en las actividades regulatorias, fortaleciendo su natural dimensión sanitaria.

Especial mención merecen las farmacias. Capacitación especialmente referida a los riesgos de ciertas prácticas de prescripción no autorizada y en las ventajas comerciales de brindar verdaderos servicios de atención farmacéutica tienen un enorme potencial para la transformación de la actuales deficiencias en el uso de los medicamentos. Adicionalmente conviene ganarlos en apoyo a las políticas de esenciales y genéricos, en la medida en que tales propuestas los pueden beneficiar al reducir inventarios, racionalizar el espectro de productos y permitir un mejor servicio a los usuarios. En la medida de lo posible, conviene insistir en la presencia del profesional farmacéutico en la farmacia.

Los fabricantes e importadores también juegan un papel que interesa al Estado. De un lado por la conveniencia de concertar una oferta racional, pero muy especialmente en lo que se refiere a las prácticas de promoción y publicidad. Su importancia es crítica en modular las condiciones de prescripción y uso. Evidencias de distorsiones y desviaciones de tales prácticas por parte de los productores y comercializadores, han llevado a los países del área a adoptar criterios éticos de promoción de medicamentos, pero es

urgente buscar mecanismos que permitan su aplicación práctica, así como identificar mejores instrumentos de control.

El papel de las organizaciones de consumidores es vital en este terreno. Su creación o su fortalecimiento e impulso, es de gran ayuda, no solamente por su natural papel de vigilancia de las condiciones de comercialización, promoción y uso de los medicamentos, sino por su experiencia y capacidad en el diseño y realización de campañas masivas de educación a todos los actores mencionados, aspecto en el cual son excelentes aliados de las autoridades sanitarias.

Un elemento de enorme utilidad en la racionalización del uso lo constituyen los Centros de Información de Medicamentos, por su capacidad de brindar, de manera oportuna, objetiva y confiable, los datos más relevantes sobre aspectos precisos de los medicamentos (toxicidad, dosis más apropiadas, interacciones, efectos colaterales etc.). **Corresponde a los Ministerios de Salud su impulso a nivel nacional, y la conformación de una red andina de tales centros.**

La experiencia de algunos países de contar con Comités de Farmacia y Terapéutica en las instituciones prestadoras de servicios, permiten recoger la iniciativa y participación de prescriptores, dispensadores, farmacéuticos, administradores e, incluso, de los consumidores organizados. Se revisan allí las prácticas de prescripción, tratando de identificar los logros en la prescripción racional, se elaboran y revisan los formularios terapéuticos institucionales o locales, así como las fuentes de irracionalidad. Si bien sus fines son básicamente sanitarios, contribuyen positivamente a mejorar las condiciones de uso de los medicamentos, permitiendo racionalizar a su vez las compras.

De manera incipiente se vienen realizando en los países del área andina, programas y estudios de vigilancia epidemiológica de la utilización de los medicamentos. Muchos de ellos a iniciativa de las organizaciones de consumidores, tienden a enfatizar los aspectos de irracionalidad en el uso (prescripción inadecuada, prescripción por el expendedor de medicamentos, autoprescripción) y del seguimiento de la receta. Muy pocos se refieren a la investigación de efectos secundarios. Impulsar estas iniciativas es de la mayor importancia.

La existencia innegable de alternativas curativas diferentes al medicamento exige la búsqueda de mecanismos de articulación a la prestación de servicios. No obstante se deberían profundizar las investigaciones en las plantas medicinales, y la investigación sobre el papel de la cultura en la percepción de la enfermedad y del medicamento, en especial en el contexto de grupos indígenas.

8. DESARROLLO INDUSTRIAL

Las políticas de medicamentos esenciales y genéricos son interesantes renglones para conquistar nuevos y más amplios mercados, en un área en la que gobiernos y fabricantes son aliados. Complementariedad industrial para el área, nuevas posibilidades de transferencia de tecnología y de desarrollo de una industria farmoquímica y biotecnológica son más factibles en un mercado andino. Las universidades están llamadas a jugar un papel importante en el desarrollo de tecnología en el sector farmacéutico.

En productos esenciales, de bajo interés comercial (caso de algunos biológicos) los gobiernos deberán identificar mecanismos para garantizar su disponibilidad.

9. INTEGRACION ANDINA

En los tres últimos años, con el apoyo de la OMS-OPS y del Convenio Hipólito Unanue, se han acordado importantes instrumentos técnicos para la conformación de un mercado común farmacéutico, que responda prioritariamente a criterios sanitarios. Ellos han implicado un continuo proceso de discusión, maduración y depuración, en el que ha sido fundamental la continuidad de los cuadros técnicos. El camino recorrido permite el necesario consenso y compromiso para iniciar los procesos que lleven a su aplicación. De ellos cabe recordar **la armonización de criterios de registro, de cuadros básicos de medicamentos esenciales, de las normas farmacológicas, de las Buenas prácticas de manufactura, la Junta Revisora Andina y el Certificado Andino de Calidad.**

Tales propuestas requieren del apoyo político, de su concertación con los sectores económicos y de detallado desarrollo y negociación, aspectos en los que los representantes de los países andinos en esta reunión, asumen un compromiso que se traduce en un cronograma de actividades en el corto, mediano y largo plazo.



**LISTA DE PARTICIPANTES EN EL
SEMINARIO TALLER ANDINO SOBRE
POLITICAS DE MEDICAMENTOS**

CARTAGENA, COLOMBIA, 24-26 MARZO, 1993.

Dr EDDY NAVA LOPEZ

Jefe. Departamento Nacional de Medicamentos, Farmacias y
Laboratorios. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.
La Paz, Bolivia.

Dr PHILIPPE LAMY

Consultor OPS/OMS. La Paz, Bolivia.

Dr RAUL VILLANUEVA

Comisión Farmacológica Nacional. Bolivia.

Dr AUGUSTO MALDONADO MEJIA

Proyecto Ecuatoriano de Medicamentos Genéricos.
Ministerio de Salud Pública. Quito, Ecuador.

Dr ALFONSO POZO VERDEZOTO

Viceministro de Industrias. Quito, Ecuador.

Ing. JORGE A LUY GALLARDO

Director Ejecutivo. Dirección General de Medicamentos,
Insumos y Drogas. Ministerio de Salud. Lima, Perú.

Dr ALEJANDRO MIZUARAY M.

Consultor de Medicamentos. OPS/OMS. Lima, Perú.

Dr RAUL CARDONA

Ministerio de Sanidad. Instituto Nacional de Higiene.
Caracas, Venezuela.

Dr ERIKA DE UZCATEGUI

Ministerio de Sanidad. Instituto Nacional de Higiene.
Caracas, Venezuela.

Dr MIGUEL ANGEL LOPEZ

Consultor de Medicamentos OPS/OMS. Caracas, Venezuela.

Dr JUAN LUIS LONDOÑO

Ministro de Salud. Santafé de Bogotá, Colombia.

Dr LILIANA PATRICIA GUZMAN

Directora General Técnica. Ministerio de Salud.
Santafé de Bogotá, Colombia.

Dr ALFONSO ARENAS HORTUA

Subdirector Factores de Riesgo de Consumo. Ministerio de
Salud. Santafé de Bogotá, Colombia.

Dr NANCY CASTAÑEDA DE MARTIN

Jefe División Política de Medicamentos. Ministerio de Salud.
Santafé de Bogotá, Colombia.

Dr JOSE WILLIAM CASTELLANOS S.

Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá, Colombia.

Dr FRANCISCO ROSSI

Consultor OPS/OMS. Santafé de Bogotá, Colombia.

Dr JUAN IGNACIO ARANGO

Consultor OPS/OMS. Santafé de Bogotá, Colombia.

Dr CARLOS MORENO R.

Universidad de Antioquía. Medellín, Colombia.

Dr VICTOR EDUARDO RUIZ

Red. Acción Internacional por la Salud.
Santafé de Bogotá, Colombia.

Dr ANTONIO GONZALEZ MARRUGO

Decano Facultad de Química y Farmacia. Universidad de
Cartagena. Cartagena, Colombia.

Dr SANTIAGO R. LORA.

Departamento de Farmacia. Facultad de Química y Farmacia.
Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.

Dr OBDULIO MONTES MORELO

Departamento Administrativo de Salud Distrital de Cartagena.
Jefe Sección de Vigilancia y Control de Medicamentos.
Cartagena, Colombia.

Dr MARIO MENDOZA OROZCO

Jefe de Postgrado y Educación Continua. Servicio Seccional
de Salud de Bolívar. Cartagena, Colombia.

Dr GUSTAVO GUARDO GONZALEZ

Jefe Control Medicamentos, Servicio Seccional de Salud de
Bolívar. Cartagena, Colombia.

Dr **SERGIO MARTINEZ**

Presidente AFIDRO. Santafé de Bogotá, Colombia.

Dr **ALBERTO BRAVO BORDA**

Presidente Ejecutivo. Asociación de Industrias Farmacéuticas Colombianas. Santafé de Bogotá, Colombia.

Dr **ALVARO F. TRUJILLO RESTREPO**

Asesor Junta Directiva Nacional Fecoldrogas. Colombia.

Dr **ENRIQUE FEFER**

Coordinador del Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnología de Salud. OPS. Washington, USA.

Dr **ROSARIO D'ALESSIO.**

Programa Regional de Medicamentos Esenciales. OPS. Washington, USA.

Dr **GERMAN VELASQUEZ**

Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales.
OMS - Ginebra.

☆ ☆ ☆