

Las reformas institucionales (difíciles de diseñar y lentas en su implementación) deben contener mecanismos de planeación que tomen en cuenta el origen social, la edad y género de la fuerza de trabajo; que transformen los centros académicos en sistemas con redes, alianzas y consorcios. La educación interprofesional (multi y transdisciplinaria) se puede fomentar al fortalecer la enseñanza a través de tecnología informática y al motivar la creación de aptitudes cognitivas sustentadas en el análisis crítico, la identidad profesional y el desarrollo del liderazgo.

La proliferación de escuelas de medicina, salud pública y enfermería en el mundo y la elevada producción de médicos, enfermeras, parteras y profesionales de la salud no necesariamente resuelve el abasto suficiente de profesionistas ni su mala distribución, y la acreditación se vuelve importante ante el surgimiento de miles de instituciones que imparten cursos, licenciaturas y posgrado de calidad cuestionable y sin un propósito social y un marco regulatorio bien estructurado, en particular en los países pobres. En este asunto vale la pena destacar la necesidad de mantener la equidad en el acceso, las becas para estudiantes en desventaja social y una mayor inclinación a trabajar en las áreas marginadas.

El panorama sanitario que hoy enfrentan los profesionales de salud es complejo en la diversidad temática de los problemas de salud (enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones) por su naturaleza (crónicos, agudos, emergentes, etc), por su presencia (local y global), por su abordaje (preventivo, curativo y de rehabilitación), por los espacios de su atención (doméstica, comunitaria, espacios ambulatorios, hospitalarios, etc.), por la continuidad del cuidado (control de niño

sano, paciente diabético, etc) y por la integración de profesionistas y equipos de trabajo. De aquí se desprende una crisis por la falta de competencias que empaten con las demandas y necesidades debido a lo fragmentario del enfoque educativo, lo estático y/o rígido del currículo y lo poco adaptado a las condiciones locales, lo que produce graduados mal capacitados para actuar en instituciones mal financiadas. Las fallas son sistémicas; los profesionales no pueden ponerse al día pues son administradores de información, usuarios acrílicos de la tecnología, reacios a trabajar en las áreas más necesitadas, no tienen capacidades de trabajo en equipo (enfoque fragmentado parcial) y tampoco son líderes del cambio (actores pasivos). De ahí que el mercado laboral de los profesionales de la salud muestre múltiples desbalances: desempleo, subempleo y desabasto.

Ya no es cuestión de definir qué se enseña y cómo se enseña, sino también dónde se enseña. La reforma propuesta se centra en el paciente y/o población, busca un currículo basado en competencias, interprofesional, y un esquema de educación de trabajo en equipo, movido por las tecnologías informáticas de enseñanza y el manejo de habilidades para el liderazgo en salud con un propósito social.

La pregunta que se desprende del informe de esta comisión es cuántas instituciones educativas están entrando a este proceso de reflexión y transformación y qué planes tienen para cumplir con estos nuevos desafíos en la educación de los profesionales de la salud.

Héctor Gómez-Dantés
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, Morelos, México



López Moreno S, Granados Cosme JA, coordinadores. **El abasto de medicamentos en México**. México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 2010.

Debido a la carencia de libros sobre el tema de medicamentos y su disponibilidad en la atención de los servicios de salud en México, este libro representa una oportunidad de abrir el tema a un público más amplio que el especialista. El objetivo del libro es exponer los resultados de un estudio sobre el funcionamiento de cinco aspectos claves en la cadena de abasto de medicamentos (CAM) en 13 servicios estatales de salud seleccionados: (1) financiamiento, (2) selección, (3) adquisición, (4) almacenamiento y (5) distribución de los medicamentos, para establecer la relación entre el funcionamiento de la CAM y el desempeño alcanzado en materia de surtimiento de recetas. El libro está dividido en las siguientes secciones: la primera incluye la introducción y dos capítulos: "El problema de abasto de medicamentos" y "Cómo evaluar el abasto de medicamentos". Después hay un capítulo sobre la metodología de recolección de datos del estudio, así como uno sobre el método de análisis: "Instrumentación de la evaluación".

Siguen dos capítulos que presentan los resultados del estudio: "Abasto de medicamentos: evaluación cuantitativa" y "Abasto de medicamentos: evaluación cualitativa". El libro concluye con el capítulo "Recomendaciones".

Entre los resultados principales del estudio se encuentran los siguientes:

- a) Un promedio de surtimiento completo de recetas muy bajo: 55% en los centros de salud y 39% en hospitales.
- b) Gran cantidad de distribuidores que representa un reto de supervisión eficiente para el Estado: por ejemplo, Guerrero reportó 71 distribuidores en 2008.
- c) Variaciones muy grandes en los precios de compra entre las entidades federativas: hasta 4 253%. Este resultado coincide con otras evaluaciones.¹
- d) La ausencia de información confiable sobre las cantidades de medicamentos caducados: ninguno de los 13 estados estudiados fue capaz de cuantificarlas por mes o año.
- e) Diferencias grandes entre la selección de los medicamentos incluidos en los cuadros básicos de las entidades federativas, caracterizadas por la falta de actualización y estandarización que resultan en duplicidad de cuadros básicos locales, obstáculos para las compras consolidadas y las evaluaciones de los procesos de adquisición de medicamentos entre los estados. Tampoco existe claridad en las razones de estas diferencias que van más allá de las que son explicables por las variaciones en el perfil epidemiológico. Una posible explicación es el desconocimiento de los funcionarios entrevistados sobre los objetivos del cuadro básico.
- f) La falta de aplicación de sanciones por la falta de reporte de violaciones y la ausencia de claridad en el contrato de licitaciones.

- g) El tema de corrupción y la falta de transparencia.

En resumen, el libro enriquece nuestro conocimiento sobre el funcionamiento de la cadena en los servicios en estas 13 entidades federativas estudiadas, particularmente sobre las percepciones de los actores y las razones por las cuales las CAM no funcionan adecuadamente.

Al mismo tiempo, el libro ofrece una descripción detallada de las ventajas y desventajas de los tres modelos más comunes de operación de la CAM –el modelo tradicional (adquisición en instancias públicas), el híbrido (públicas y privadas) y el tercerizado (privadas).

En una nueva edición, sería pertinente incluir las estrategias que favorecen el cumplimiento del marco normativo y las recomendaciones de buenas prácticas del manejo de la CAM por parte de los actores involucrados. También sería oportuno mencionar los diferentes tipos de incentivos como una estrategia clave (por ejemplo, incentivos económicos, reconocimientos, beneficios en especie, entre otros) para motivar el cambio de conductas, reportar los costos de la CAM y lograr una rectoría eficiente.² Finalmente, sería útil ampliar las explicaciones sobre la importancia de las guías clínicas y los protocolos de tratamientos como base para definir el cuadro básico y no al revés, como se hace frecuentemente.³

El *Abasto de medicamentos en México* invita a una reflexión más general sobre el tema: por un lado, parece pertinente observar que hasta 2008 no se ha realizado una recopilación de información tan detallada sobre el funcionamiento de la CAM y no existe un sistema que obligue a los estados a tener descripciones claras sobre el funcionamiento de sus propias cadenas en un ejercicio de rendición de cuentas.

Por otro lado, otro objetivo del estudio presentado es describir el funcionamiento de la CAM y el

desempeño alcanzado en materia de surtimiento de recetas. La pregunta que está en el fondo de este objetivo del estudio es: ¿Cuál modelo de la organización de la CAM –tradicional, híbrido, tercerizado– es el mejor para lograr un buen desempeño? La respuesta a esta pregunta sería una receta perfecta para recomendar ese modelo y, en consecuencia, lograr un mejor desempeño y resolver todos los problemas en la atención de salud relacionados con los medicamentos. En términos simples sería: "Abasto perfecto= salud perfecta".

Lamentablemente, las iniciativas de política relacionadas con los medicamentos en los servicios de salud se centran en mejorar el abasto de medicamentos y descuidan muchos otros aspectos importantes como el alto gasto de bolsillo, la falta de información imparcial sobre medicamentos para profesionales de salud y consumidores, la carencia de educación continua sobre el uso adecuado de medicamentos, entre otros temas. La portada del libro –el famoso cuadro del alquimista– se puede interpretar como una alegoría: el alquimista que busca un remedio que cura todo los malestares; en este caso el malestar es el desabasto y el remedio es el mejor modelo de la CAM que lo cura.

Veronika Wirtz
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, Morelos, México

Referencias

1. Laing R, Hogerzeil H, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve the use of medicines in developing countries. *Health Policy and Planning* 2001;16(1): 13-20.
2. Nigenda G, et al. Evaluación de procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2009. Resumen ejecutivo. Cuernavaca, Mor: Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública, 2010.
3. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Cambridge: Harvard University Press, 2004.