



Buena gobernabilidad en iniciativas de medicamentos: Explorando las lecciones aprendidas

Jillian Clare Kohler
Natalia Ovtcharenko

U4 es un centro de recursos de base virtual orientado a los donantes que desean abordar eficazmente los problemas de corrupción que se presentan en su labor.

El centro es administrado por el Chr. Michelsen Institute, una fundación privada de investigación sobre el desarrollo internacional y políticas, y está financiado por las Agencias Aliadas: ACIDI (Canadá), DFAT (Australia), el Ministerio de Asuntos Exteriores de Bélgica, DFID (Reino Unido), GIZ (Alemania), Norad (Noruega), Asdi (Suecia) y el Ministerio de Asuntos Exteriores de Finlandia.

Los puntos de vista expresados en el presente trabajo corresponden a los criterios del autor(es), y no reflejan necesariamente las opiniones de las Agencias Aliadas al U4. Derecho de autor 2014 – Centro de recursos anticorrupción U4.

Buena gobernabilidad en iniciativas de medicamentos

Explorando las lecciones aprendidas

Jillian Clare Kohler
Natalia Ovtcharenko

U4 Issue

Junio 2014 No 5

(Traducción de U4 Issue 2013:3)



Contents

- 1. Introducción 1**
- 2. Metodología 2**
- 3. El sector farmacéutico 3**
- 4. Iniciativas de buena gobernabilidad en el sector farmacéutico 6**
 - 4.1 El Banco Mundial y la buena gobernabilidad del sector farmacéutico 6
 - 4.2 La Organización Mundial de la Salud/Buena gobernanza del sector farmacéutico (BGSF)..... 8
 - 4.3 La Alianza para la Transparencia en Medicamentos (MeTA) 13
 - 4.4 El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria 17
- 5. Conclusiones y lecciones aprendidas 21**
- Anexo I. Ejemplos de país..... 24**
 - Jordania 24
 - Filipinas..... 25
 - Zambia..... 26
- Bibliografía..... 27**

Resumen ejecutivo

La corrupción en el sistema farmacéutico provoca la pérdida de recursos, limita el acceso a los servicios de salud, y reduce los logros del sector salud. En este U4 Issue, estudiamos una selección de iniciativas globales en el área de buena gobernabilidad y medicamentos que han sido implementadas desde el año 2000. Estas iniciativas adoptadas por el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo Global, así como por la Alianza para la Transparencia de Medicamentos, han sido especialmente útiles para generar un diálogo político y de políticas públicas alrededor de la buena gobernabilidad del sector farmacéutico. Se puede concluir que estas iniciativas identifican las debilidades del sistema farmacéutico y pueden proporcionar información importante para establecer una línea de base. Han sido valiosas para incrementar la toma de consciencia sobre el tema, y en algunos casos también han creado importantes alianzas entre múltiples actores interesados e implementado iniciativas de buena gobernabilidad específicas al sector. Sin embargo, frecuentemente existe una amplia brecha entre la identificación de los problemas, el diseño estratégico para enfrentarlos y la implementación. Los instrumentos usados suelen centrarse en las reglas, procedimientos y prácticas que se presume previenen la corrupción en el sector público, pero podrían no capturar suficientemente bien las complejas dinámicas que llevan a la corrupción. Las recomendaciones incluyen la necesidad de más análisis político, y de monitoreo y evaluación—particularmente sobre la medición de resultados—así como la racionalización y homogeneización de los instrumentos de evaluación en todas las instituciones.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las siguientes personas por sus valiosos aportes. Un sincero agradecimiento para Karen Hussmann, Rania Bader, Guitelle Baghdadi-Sabeti, Wilbert Bannenberg, Simon Conesa, Deirdre Dimancesco, Gilles Forte, Jean-Jacques Frere, Mohamed Ismail, Cécile Macé, Gillian Mann, Tim MacKay, William Savedoff, Andreas Seiter, Tim Reed, Birna Trap, Taryn Vian, Saul Walker y Prashant Yadav, así como a otros informantes clave anónimos por sus valiosas perspectivas y contribuciones a este documento. Gracias también al equipo de investigación: Gabriela Martínez, Kathy Moscou y Faridah Saadat.

Sobre los autores

Dr. Jillian Clare Kohler es profesor asociado y Director de Salud Global en la Facultad de Farmacia y la Munck School of Global Affairs de la Universidad de Toronto. Su área de especialización es en temas de políticas farmacéuticas en el ámbito global, incluyendo corrupción, regulación de medicamentos, y políticas de reembolso. Es autora de numerosas publicaciones sobre políticas farmacéuticas y asesora técnica del Access to Medicine Index (Índice de Acceso a los Medicamentos).

Natalia Ovtcharenko es investigadora asociada senior de la Initiative for Drug Equity and Access (Iniciativa para la Equidad y el Acceso a Medicamentos) de la Universidad de Toronto.

1. Introducción

La vulnerabilidad a la corrupción del sector farmacéutico están siendo crecientemente reconocida como un problema generalizado con efectos negativos en el estado de la salud y en el bienestar social (Vian 2008). La corrupción en los sistemas farmacéuticos pone en duda la capacidad del gobierno para asegurar el acceso confiable y seguro a las medicinas para la población y su capacidad para proporcionar el nivel de salud más alto alcanzable. Es un hecho reconocido que el mercado farmacéutico es enormemente lucrativo, con un gasto global farmacéutico que se estima alcanzará los 1.2 billones de dólares estadounidenses en 2016, y el crecimiento anual del gasto subirá de 30 mil millones de dólares en 2012 a 70 mil millones en 2016 (IMS Institute for Health Information 2012). La inversión farmacéutica puede llegar al 50% del gasto total en salud en algunos países en desarrollo, y son típicamente una de las inversiones más altas en el sector salud de los gobiernos de forma global (World Health Organization 2012b). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que mejorando el acceso a medicinas y vacunas esenciales existentes, podrían salvarse aproximadamente 10 millones de vidas cada año (World Health Organization 2004). La corrupción en el sistema farmacéutico resulta en pérdidas financieras significativas, y crea una seria amenaza a la salud pública, la seguridad de los pacientes y los derechos humanos.

Organizaciones globales y organizaciones financiadas por los donantes internacionales, tales como el Banco Mundial, la OMS, la Alianza para la Transparencia en Medicamentos (MeTA) y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (Fondo Mundial) están tratando de enfrentar la corrupción en el sistema farmacéutico por medio de la mejora de su gobernabilidad. En este documento de U4, llevamos a cabo un análisis de algunas de las iniciativas globales que se han desarrollado, puesto a prueba en pilotos, e iniciado desde el año 2000 en el área de buena gobernabilidad y medicamentos. En este documento se entiende que la buena gobernabilidad incluye prácticas administrativas que son participativas, orientadas al consenso, transparentes, efectivas y eficientes, equitativas e influyentes, que rinden cuentas, responden a las necesidades de los usuarios y se apegan al Estado de derecho.¹ Estas iniciativas son también importantes en la medida que la buena gobernabilidad idealmente reduce la probabilidad de la corrupción.

Hasta donde sabemos, éste es el primer estudio que examina las fortalezas y debilidad de las principales iniciativas globales en el área de la buena gobernabilidad del sector farmacéutico. En consecuencia, este estudio enfrenta limitaciones en la medida que hay poca evidencia “firme” de los resultados de esas iniciativas, particularmente en términos de cómo han mejorado el acceso de la población a medicamentos esenciales. Además, es difícil realizar comparaciones, dada la diversidad de las actividades y las organizaciones, así como la variabilidad de evaluaciones de niveles de base o externas disponibles. Este documento, por tanto, representa un esfuerzo inicial para explorar estos temas con la expectativa de que fomentará la realización de esfuerzos más profundos que permitan identificar las causas y efectos de las intervenciones de buena gobernabilidad en el sector farmacéutico.

El propósito de este documento es explorar las lecciones aprendidas por medio de las iniciativas globales establecidas en el área de la buena gobernabilidad del sistema farmacéutico, y su objetivo es la atención de los desafíos que presenta el sector farmacéutico. Nuestro objetivo fundamental es describir los enfoques de las instituciones seleccionadas, y destacar las fortalezas y debilidades de cada una, así como identificar sus resultados en la medida de lo posible. Finalmente, sacamos algunas lecciones clave con el fin de proporcionar información a los donantes y a quienes toman las decisiones para la implementación de la buena gobernabilidad en el sector farmacéutico.

¹ Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. *What is good governance?*
<http://www.unescap.org/pdd/prs/ProjectActivities/Ongoing/gg/governance.asp> (visitada el 11 de enero de 2013)

2. Metodología

Esta investigación se basa principalmente en documentos oficiales de las cuatro iniciativas estudiadas, y en búsquedas en los sitios de internet primarios fueron realizadas para obtener sus reportes anuales, reportes de avance por país, así como otra información disponible. Para el Fondo Mundial, esto incluyó auditorías realizadas por organizaciones externas que han sido hechas públicas por esas organizaciones. La investigación del Banco Mundial también incluyó búsquedas en las bases de datos de proyectos usando los siguientes términos en varias combinaciones: “medicamentos”, “corrupción” y “governabilidad”.² Finalmente, se realizaron búsquedas usando Google Scholar, Factiva y Summon (base de datos de artículos de la Universidad de Toronto) para identificar notas de prensa sobre eventos clave y reseñas de las organizaciones. Se realizaron veintidós entrevistas semi-estructuradas con representantes del Banco Mundial (3), el OMS/BGSF (5), MeTA (14) y el Fondo Mundial (1), junto con entrevistas con consultores independientes (1) que participaron en la implementación de las iniciativas de buena gobernabilidad en el sector farmacéutico (algunos entrevistados han estado involucrados en más de una iniciativa). Para proteger los intereses de informantes clave, el contenido de las entrevistas no fue atribuido a personas específicas, sino que fueron agrupados y generalizados siempre que fue posible. Los hallazgos y conclusiones de este artículo también se beneficiaron de la experiencia combinada tanto del autor, J. Kohler, como de los expertos que lo revisaron, todos los cuales tienen una extensa experiencia trabajando en el área de la buena gobernabilidad en el sector farmacéutico mundial. En el Anexo de este documento se incluyen también algunos estudios de caso (Jordania, Filipinas, Zambia) para dar más detalles acerca de la forma en que las iniciativas de buena gobernabilidad tienen impacto en distintos países.

² “Pharmaceuticals”, “corruption” y “governance” en el original (nota de quien traduce: n. del t. en adelante).

3. El sector farmacéutico

El sistema farmacéutico es complejo, ya que abarca las acciones de partes interesadas del sector público y privado conforme hacen circular los medicamentos a lo largo de la cadena de suministro desde la compra hasta su distribución a los pacientes. Gobernar este sistema es típicamente un desafío, al estar caracterizado por una serie de fallos. Por ejemplo, hay áreas en que falta información a todos los niveles, incluyendo entre el consumidor y su proveedor de servicios de salas (en términos de la selección de medicamentos prescritos), entre el proveedor de servicios de salud y el productor (en términos de las cualidades terapéuticas de los productos) e incluso entre el productor y el gobierno. El mercado también se ve distorsionado por la protección de patentes, que permite a las compañías mantener monopolios en la venta de medicamentos. Esto previene la competencia de precios hasta que expira la patente, cuando los productos genéricos pueden empezar a competir, idealmente generando una baja en los precios.

Hay una serie de puntos de decisión clave en la cadena de suministro, desde la producción hasta la provisión del servicio, cada uno de los cuales debe identificarse y entenderse de forma que la corrupción no pueda prosperar en la ignorancia (Cohen, Cercone y Macaya 2002). Entendiendo los distintos puntos de decisión de la cadena de valor del sistema farmacéutico, quienes toman las decisiones pueden identificar cuándo y cómo puede ocurrir la corrupción e implementar estrategias anticorrupción para mejorar la transparencia y la rendición de cuentas. Cada punto clave de decisión debe funcionar bien para que el sistema en su conjunto pueda ofrecer medicinas de calidad, seguras, eficaces y a precio óptimo. Un solo punto de decisión vulnerable a la corrupción pone en riesgo la integridad del sistema entero, comprometiendo potencialmente el acceso de la población a medicamentos esenciales. Sin embargo, el impacto en los resultados de salud puede también variar dependiendo de la organización institucional del sistema, la profundidad de los problemas y dinámicas de la corrupción y posiblemente el nivel de “captura del Estado” (V. Tabla 1.).

Proceso de producción

La Tabla 1 muestra que existen estándares establecidos a lo largo de todo el proceso productivo, y si éstos están ausentes, existen riesgos para la calidad de los medicamentos producidos, al tiempo que se incrementa el riesgo de que aparezcan medicinas copiadas, falsas o deficientes. Aún más, los productores, reguladores públicos y los inspectores de medicamentos son todos responsables de asegurar buenas prácticas en el proceso productivo.

Registro

Las agencias reguladoras de medicamentos frecuentemente también son responsables de establecer y hacer cumplir los estándares, y de otorgar licencias, definiendo los requisitos para la venta y uso de medicinas. Ejemplos de riesgos potenciales en el registro incluyen: i) el fundamento legal para el registro de medicamentos puede ser débil, vulnerable o deficiente; ii) los proveedores pueden pagar a funcionarios de gobierno para registrar sus medicinas sin la información requerida; iii) los funcionarios oficiales pueden retrasar deliberadamente el registro de un producto farmacéutico para favorecer el mercado de otro productor, o iv) los funcionarios pueden retardar deliberadamente el proceso de registro para demandar pagos a un productor. Sin embargo, y quizá paradójicamente, la intervención pública en el proceso de registro crea también oportunidades para la corrupción, si falta buena gobernabilidad en el sistema.

Tabla 1: Puntos claves de decisión en el sistema farmacéutico y procesos relacionados vulnerables a la corrupción

Punto de decisión	Procesos
Producción ↓	<ul style="list-style-type: none"> • Adhesión a Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) • Administración de calidad • Empaque y etiquetado • Ingredientes farmacéuticos activos • Registros de control maestro, de lote, y de laboratorio • Control de producción y procesos • Certificados de análisis • Validación • Seguimiento a quejas y retiro
Registro ↓	<ul style="list-style-type: none"> • Registro completo o solicitud resumida para medicamentos • Seguridad y efectividad • Etiquetado • Venta • Indicaciones • Farmacovigilancia y contraindicaciones • Pruebas por lote • Re-evaluación de medicinas anteriores
Selección ↓	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer presupuesto • Evaluar perfil de morbilidad • Establecer las necesidades de medicinas para que se ajusten al perfil epidemiológico • Análisis de costo/beneficio de las medicinas • Consistencia con los criterios de la lista modelo de medicinas esenciales de la OMS (y otros criterios basados en evidencia) • Decisiones de determinación de precio y reembolso
Adquisición ↓	<ul style="list-style-type: none"> • Definir modelo de adquisición/distribución • Reconciliar necesidades y recursos • Desarrollar criterios de licitación • Apertura de la licitación • Evaluar propuestas recibidas para la licitación • Adjudicar proveedor • Establecer los términos del contrato • Monitorear el pedido • Realizar el pago • Comprobación de calidad
Distribución ↓	<ul style="list-style-type: none"> • Permisos de importación • Recibir y contrastar los medicamentos contra el pedido • Asegurar el transporte apropiado y la entrega a las instalaciones de salud • Almacenamiento adecuado • Buenas prácticas de distribución y control de inventario de medicamentos • Monitoreo de la demanda
Prescripción y provisión ↓	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta con profesionales de salud • Cuidado de pacientes internados y externos • Entrega de medicamentos • Monitoreo de reacciones adversas de los medicamentos • Cumplimiento con la prescripción por parte del paciente

La sección sobre producción está adaptada de *Food and Drug Administration 2000* (Cohen, Mrazek, & Hawkins, 2007).

Proceso de selección

El proceso de selección es otro eslabón crucial en la cadena, y distintos países usan el proceso de selección de formas diferentes. La selección de medicamentos puede incluir decisiones acerca de qué medicamentos pueden importarse o venderse, cuáles adquirirá el sector público, y en ocasiones la elegibilidad de los pacientes para recibir reembolsos. Una herramienta utilizada frecuentemente en el proceso de selección por muchos países en desarrollo es una lista de medicamentos esenciales basada en la lista modelo de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta lista ha contribuido a incrementar la objetividad y transparencia del proceso de selección al enumerar medicinas con buena relación costo beneficio de acuerdo con sus nombres no patentados (genéricos), estimulando así aún más la competitividad de los genéricos (Vian 2005). Las listas de medicinas esenciales pueden ser usadas a los niveles de gobierno estatal/provincial o nacional. Sin embargo, la lista de medicinas esenciales es solamente una parte del proceso y depende de un proceso de selección que debe ser institucionalmente sólido, ya que los productores tienen un fuerte interés en que sus productos sean listados. Por ello, cuando las instituciones son débiles y los individuos tienen incentivos para involucrarse en actividades corruptas, el proceso de selección puede ser denigrado con sobornos, que pueden ocasionar que la lista nacional de medicamentos incluya medicinas que no son ni apropiadas ni tienen buena relación entre precio y efectividad.

Adquisición de insumos médicos con financiamiento público

La adquisición de medicamentos con financiamiento público es particularmente susceptible a la corrupción, ya que los volúmenes de medicinas son usualmente grandes y el valor de los contratos es alto, por lo que resulta una oportunidad sumamente lucrativa para los proveedores. Los proveedores nacionales e internacionales pueden pagar sobornos a los funcionarios públicos para tener ventajas en cualquiera de los múltiples pasos en el proceso de licitación, y pueden emplearse métodos de adquisición parciales, como el uso de compras directas sin que haya una emergencia que las justifique.

Sistema de almacenamiento y distribución

Existen oportunidades para la desviación y el robo de bienes en todas las etapas del sistema de almacenamiento y distribución, por ejemplo, trabajadores aeroportuarios o marinos pueden saquear cargamentos y el crimen organizado puede robar grandes cantidades de los almacenes aduanales y los aeropuertos, entre otros lugares. Además, las medicinas pueden ser vendidas por los choferes en mercados a lo largo de la ruta de entrega durante el transporte, grandes cantidades pueden ser desviadas al mercado negro, y los políticos y líderes locales pueden desviar insumos a sus seguidores o redes de patronazgo, mientras el personal de las instalaciones de salud puede revender las medicinas subsidiadas o robar medicinas para usarlas en sus prácticas privadas (Cohen, Mrazek y Hawkins 2007).

4. Iniciativas de buena gobernabilidad en el sector farmacéutico

Este artículo se centra en tres instituciones globales: el Banco Mundial, la OMS y el Fondo Global, y en una iniciativa financiada por los donantes: la Alianza para la Transparencia en Medicamentos (MeTA). Estas instituciones fueron elegidas porque todas han establecido iniciativas específicas de buena gobernabilidad en el sector farmacéutico. El Banco Mundial, tanto involucrándose directamente como solamente proporcionando financiamiento, es un promotor de iniciativas de gobernabilidad global, y promovió las primeras iniciativas de este tipo, por lo que se discute en primer lugar. En contraste, la OMS ofrece asistencia técnica, principalmente por medio de su programa Buena Gobernanza del Sector Farmacéutico (BGSF), iniciado en 2004. MeTA fue iniciado de forma piloto por el Department for International Development (DFID) del Reino Unido en colaboración con siete países piloto, el Banco Mundial y la OMS, y su principal contribución ha sido construir alianzas entre múltiples actores interesados en el área de divulgación de datos del sector farmacéutico. Por último, se discute el Fondo Mundial, que desempeña un papel distinto al de las otras iniciativas, en tanto que se limita a proveer financiamiento, pero incorpora monitoreo de buena gobernabilidad en las donaciones que otorga.

4.1 El Banco Mundial y la buena gobernabilidad del sector farmacéutico

En 1996, el entonces presidente del Banco Mundial, James Wolfensohn, hizo un reconocimiento público del riesgo que la corrupción representa para los resultados del desarrollo, lo que representó un giro importante para el Banco Mundial. La corrupción no había sido enfrentada de forma abierta con anterioridad, y este reconocimiento ayudó a iniciar su trabajo operativo y de políticas sobre corrupción y desarrollo. Actualmente, la guía más comprehensiva para los esfuerzos del Banco Mundial en este tema es la Estrategia de Buen Gobierno y Lucha contra la Corrupción (Governance and Anticorruption Strategy), aprobada en 2007. Después de la publicación del Reporte de Evaluación de la Estrategia de Buen Gobierno y Lucha contra la Corrupción en 2011 (World Bank, 2012), la estrategia fue actualizada en marzo de 2012. La Estrategia de Buen Gobierno y Lucha contra la Corrupción nota que "... el nivel de sector proporciona un punto de entrada potencialmente de gran importancia para la reforma de la gobernabilidad", compromiso que se conserva en la estrategia revisada (World Bank 2007 y 2012). En el Banco Mundial, la Red sobre Reducción de la Pobreza y Gestión Económica (PREM) está a cargo de dirigir el trabajo en el área de gobernabilidad.

El Banco Mundial ha actuado sobre temas de sector farmacéutico y corrupción desde múltiples aproximaciones, asegurando así buenas prácticas en sus propios proyectos, lo que ha incluido estrategias en proyectos amplios del sector salud, y proyectos dirigidos exclusivamente al sector farmacéutico. El interés del Banco Mundial en el tema fue destacado por primera vez en un Documento para Discusión del año 2000³ (Govindaraj et al. 2000), que presentó el primer análisis comprehensivo de la buena gobernabilidad en el sector farmacéutico para el caso de Costa Rica, incluyendo un estudio que evaluaba la vulnerabilidad del sistema farmacéutico a la corrupción (Cohen et al. 2002). Se centró en cinco puntos de decisión: registro, selección, adquisición, distribución, provisión del servicio y uso (Cohen et al. 2002), y se usaron indicadores cuantitativos y cualitativos para establecer la vulnerabilidad. El estudio encontró que las mayores debilidades en Costa Rica estaban en la etapa de adquisición, en la que no

³ Con anterioridad, se habían realizado estudios específicos sobre el tema de corrupción y sector farmacéutico en Brasil (Cohen et al. 2000) y Chile (Cohen y Montoya 2001), aunque el estudio sobre Costa Rica fue el primero en incluir medidas de buena gobernabilidad. El estudio sobre Brasil identificó numerosas debilidades a lo largo de la cadena de abastecimiento, que incluyeron la falta de aplicación de la regulación, medicamentos inapropiados e insuficientes, y débil capacidad de aprovisionamiento (Cohen et al. 2000). El estudio sobre Chile se centró en el proceso de adquisiciones, y destacó los beneficios de un proceso de licitación electrónico, que promovía la transparencia en el proceso de adquisición (Cohen y Montoya 2001).

existía seguimiento de las compras y/o los proveedores, faltaban “procedimientos operativos estandarizados” y las sanciones al mal desempeño eran débiles (Cohen et al. 2002). La segunda área en términos de vulnerabilidad a la corrupción era el proceso de distribución, donde faltaba monitoreo del inventario y del transporte de productos (Cohen et al. 2002). Esta metodología fue usada posteriormente como base para el instrumento de evaluación de la transparencia de la OMS, como parte de su programa de Buena Gobernanza del Sector Farmacéutico (Baghdadi-Sabeti, Cohen-Kohler, y Wondemagegnehu 2009), y desde este trabajo inicial, los programas se han concentrado en la operación efectiva de los sistemas farmacéuticos, aunque sólo ha habido mínima programación comprehensiva específica a la corrupción y en materia de gobernabilidad y transparencia del sistema farmacéutico.

Uno de los pilares de los esfuerzos del Banco Mundial en la gobernabilidad del sector farmacéutico son fuertes directrices para la adquisición de productos farmacéuticos. Aunque relevantes para los productos farmacéuticos, las directrices de adquisiciones son aplicables a todos los contratos para bienes, trabajos, y todos los servicios que no son de consultoría financiados en su totalidad o parcialmente con préstamos del Banco Mundial. Estas directrices pueden ayudar a disminuir la corrupción con el fin de asegurar la buena calidad de las medicinas adquiridas. Éstas son monitoreadas por medio de auditorías y el Banco Mundial ha tenido que lidiar con el asunto de la corrupción en sus proyectos en el sector salud, lo que ha llevado a revisar sus directrices actuales. En 2007, ocurrió un caso muy notorio de corrupción en la adquisición de productos farmacéuticos en India. El Examen Detallado de Ejecución de India del año fiscal 2007-2008 incluyó una amplia revisión forense de las prácticas de adquisiciones en cinco proyectos en el sector salud que incluían adquisiciones. El examen encontró indicadores de fraude y corrupción en todos los proyectos, lo que afectó los resultados (World Bank Group 2008), con prácticas de corrupción que incluían prácticas de colusión, sobornos y manipulación de precios en licitaciones, equipo roto o dañado certificado como que cumplía con las especificaciones, la provisión incompleta de servicios, sistemas de control inadecuados y auditorías de proyectos. Las empresas Nestor Pharmaceuticals Limited y Pure Pharma Limited fueron hallados culpables de prácticas de colusión en el Proyecto de Salud Infantil en India, y fueron descalificados para participar en licitaciones para adquisiciones del Banco Mundial por un periodo preestablecido como castigo. Aún más, el programa fue suspendido debido a estos hallazgos. En 2008, se introdujeron iniciativas específicas para mejorar la gobernabilidad en la totalidad del sistema farmacéutico en India, por medio del proyecto existente en el sector salud, tales como la publicación de todos los procesos de adquisiciones, licitaciones, mejor control de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y concesión de contratos, además de la simplificación del proceso de quejas y denuncias, mejoras en la calidad del control y en las auditorías de las adquisiciones.

También se ha atendido al sistema farmacéutico por medio de proyectos orientados al sistema de atención a la salud que adoptan enfoques distintos dependiendo del contexto nacional. Por ejemplo, en países de ingresos bajos, el Banco Mundial se concentra en la cadena de suministro y en asegurar que las medicinas lleguen a los pacientes. En países de ingresos medios, con seguro médico y beneficios en medicamentos, la atención se ha centrado en el control de las transacciones, los mecanismos de auditoría, etc. De acuerdo con un informante clave, desde 2004, el Banco Mundial ha ejecutado trabajo de fortalecimiento de sistemas en áreas fundamentales como reforma regulatoria y adquisiciones en el sistema farmacéutico, en alrededor de 30 países.

Normalmente se han adoptado medidas de programación anticorrupción específicas en el monitoreo de adquisiciones de los proyectos, como en el caso de India, pero hay varios casos en que los proyectos mismos se centran en fortalecer las políticas de adquisiciones de un país. Una estrategia de dos fases, involucrando múltiples actores, en las adquisiciones de productos farmacéuticos a nivel nacional fue anunciada en Uganda, Kenya y Tanzania. El Banco Mundial busca mejorar el flujo de información que permite que los gobiernos den seguimiento a los procesos de adquisiciones de productos farmacéuticos, capacitar a los representantes de organizaciones de la sociedad civil, colaborar en la creación e implementación de planes de acción y fortalecer coaliciones de múltiples actores interesados, todo lo cual conduciría idealmente a procesos mejorados de adquisición de productos farmacéuticos. La

estrategia se centra en cinco áreas: (i) marco legal y regulatorio; (ii) mala cuantificación; (iii) vacíos en el proceso; (iv) arreglos institucionales, y (v) divulgación de información. En la Fase I, los informantes clave indicaron que, en general, es necesario aumentar la colaboración regional y el intercambio de información, así como fortalecer los fundamentos legales y regulatorios ya existentes en estos países con el objetivo de obtener mejores políticas, reducir precios, aumentar la rendición de cuentas entre los actores interesados y mejorar la comunicación. Con estos hallazgos, el Banco Mundial ha proseguido a la Fase II, que ha incluido la implementación de talleres regionales, capacitación y reuniones de alto nivel para aumentar la transparencia, la rendición de cuentas, la planeación de acciones, y el intercambio de información.

Conclusiones principales

En los programas del Banco Mundial se aborda la buena gobernabilidad en el sector farmacéutico a través del fortalecimiento del sistema de salud y la evaluación de proyectos, lo que no pone especial atención a las dinámicas de buena gobernabilidad en el altamente especializado sector farmacéutico. Cuando se considera el sector farmacéutico, frecuentemente se da prioridad a las adquisiciones, que son sólo una parte de la cadena de suministro. Es entendible que éste sea el centro de atención con los proyectos propios del Banco Mundial, en los que se supervisan adquisiciones realizadas con recursos del Banco Mundial, en lugar de los procesos nacionales. Sin embargo, los proyectos de fortalecimiento del sector salud podrían incluir un componente para el sistema farmacéutico que involucrase adquisiciones y que sea monitoreado y ejecutado. Sin embargo, incluso con un compromiso de fortalecer las estrategias de buena gobernabilidad y anticorrupción con un enfoque específico de sector, hay pocos proyectos que atiendan el sector farmacéutico. Parte de la falta de conexión entre la buena gobernabilidad y el trabajo centrado en los sistemas farmacéuticos podría deberse a la falta de integración institucional entre PREM y la más amplia comunidad de especialistas en salud en el Banco Mundial sobre la buena gobernabilidad del sector farmacéutico, aunque una señal positiva es el reciente desarrollo de un marco de resultados para el sistema farmacéutico que incluye varias categorías para recoger información, mientras el establecimiento de mediciones de base en áreas clave en el sistema farmacéutico se ha llevado a cabo a nivel regional.

El Banco Mundial tiene algunas fortalezas claras para considerar la buena gobernabilidad, ya que usa una variedad de estrategias, cuenta con una política oficial en gobernabilidad y anticorrupción, así como trabajo de políticas y operativo en los países para asegurar que sus propios estándares se cumplan y que los países establezcan sistemas que sean sostenibles una vez que se ha retirado. Aun con estos puntos a favor, el Banco Mundial necesita avanzar más. Sus estrategias no se aplican de forma uniforme, y no hay una expectativa consistente de que los países practiquen la buena gobernabilidad en sus sistemas farmacéuticos. El enfoque específico de sectores tiende a centrarse en el sistema de salud como un todo, en lugar de reducirlo al sistema farmacéutico, sugiriendo así la pregunta de si un enfoque tan general es suficiente. Un mayor énfasis en el fortalecimiento de la gobernabilidad a lo largo de toda la cadena de abastecimiento de productos farmacéuticos es crucial para prevenir la corrupción.

4.2 La Organización Mundial de la Salud/Buena gobernanza del sector farmacéutico (BGSF)

La OMS ha estado involucrada activamente en la buena gobernabilidad del sector farmacéutico desde 2004. La buena gobernabilidad y la transparencia fueron incluidas por primera vez en la estrategia 2004-2007 para medicinas de la OMS, lo que llevó a la creación del programa de Buena Gobernanza del Sector Farmacéutico (BGSF) en 2004. El BGSF entiende la buena gobernabilidad del sector farmacéutico como "... la formulación e implementación de políticas y procedimientos apropiados que aseguren la administración efectiva, eficiente y ética del sistema farmacéutico, en especial de los sistemas de regulación de las medicinas y de los sistemas de abastecimiento de medicinas, de manera que sea transparente, rinda cuentas, se ajuste al Estado de derecho y minimice la corrupción" (Baghdadi-Sabedi et al. 2009, p. 159). El programa usa un instrumento de evaluación de la transparencia (basado

en la metodología usada por el Banco Mundial en Costa Rica) implementado por primera vez en Laos, Malasia, Filipinas y Tailandia en 2005.

El BGSF busca aumentar la conciencia pública sobre el potencial de corrupción en el sector farmacéutico, fomentar medidas anticorrupción en el proceso nacional de diseño de políticas, y fortalecer la integridad, la transparencia y la capacidad del sector para mantener las mejoras (Baghdadi-Sabeti & Serhan 2010). La meta más amplia de la OMS en facilitar el BGSF es mejorar el acceso a las medicinas esenciales. Estaba previsto que el BGSF concluyese en 2012, pero está siendo objeto de una evaluación externa a partir de la cual se definirán próximos pasos (como su posible continuación).

Los países del BGSF incluyen:

- Fase I. Bahrain, Camboya, Colombia, Ecuador, Egipto, Etiopía, Irak, República Islámica de Irán, Kuwait, Pakistán, Palestina, Papua Nueva Guinea, República de Moldova, Sudán, Túnez, Yemen;
- Fase II. Camerún, Costa Rica, Indonesia, Kenia, Malawi, Marruecos, Mozambique, Omán, Antigua República de Macedonia, Zambia;⁴
- Fase III. Benin, Bolivia, Jordania, Laos, Líbano, Malasia, Mongolia, Filipinas, República Árabe Siria y Tailandia.

El BGSF no utilizó una metodología estricta para la selección de países. El proceso de selección se basó en la voluntad de los gobiernos para participar y en la capacidad de la OMS en el país. La representatividad regional del país también se tomó en cuenta. La OMS contactó a los participantes potenciales y les ofreció la oportunidad de ser parte del BSGF, que se establecía siempre con la aprobación del Ministerio de Salud, contraparte de la OMS en el país. No obstante, se buscó un contacto cercano con actores de la sociedad civil, el sector privado y las instituciones académicas. Uno de los aspectos positivos reportados por los informantes fue que presentó los conceptos de transparencia y rendición de cuentas a una audiencia más amplia, y los países miembros de la OMS generalmente han encontrado atractivo su enfoque anticorrupción preventivo.

La iniciativa BGSF se concibió para ser implementada en tres etapas consecutivas: i) evaluación de transparencia, ii) diseño del marco nacional de buena gobernabilidad para medicinas, y iii) implementación. Estas etapas están diseñadas en secuencia para que puedan determinarse la vulnerabilidad a la corrupción, el nivel de transparencia y los indicadores de integridad previamente definidos en el sistema farmacéutico con el objetivo de diseñar e implementar medidas apropiadas para atender más efectivamente las áreas prioritarias identificadas. Además, la duración de estas fases varía de acuerdo con las circunstancias de cada país.

La Fase I consiste en una evaluación de la transparencia del sistema farmacéutico, definida como “apertura al intercambio de información y que la información sea pública y fácilmente accesible para quienes la necesitan” en los distintos puntos de decisión del sistema farmacéutico, junto con la vulnerabilidad a la corrupción de cada punto de decisión (Baghdadi-Sabeti & Serhan 2010). Los países que entran al programa han evaluado exitosamente más áreas del sistema farmacéutico conforme avanza el programa, y el instrumento de evaluación ahora incluye: i) pruebas clínicas, ii) producción, iii) registro, iv) emisión de licencia, v) inspección, vi) promoción, vii) selección, viii) adquisición y ix) distribución (Baghdadi-Sabeti, Kohler y Wondemagegnehu 2009). La evaluación emplea una combinación de métodos, con indicadores tanto cuantitativos como cualitativos (entrevistas semi-estructuradas) que son aplicados por evaluadores nacionales, usualmente identificados por el Ministerio de Salud. Las preguntas abordan la estructura institucional y los indicadores de procesos y en qué medida

⁴ En 2012, Malawi y la Antigua República de Macedonia aprobaron su marco nacional y entraron a la fase III.

cada uno de los informantes clave es consciente de su existencia y su aplicación, mientras otras preguntas capturan las percepciones de informantes clave sobre la transparencia de los procesos seleccionados. Dado el énfasis en la vulnerabilidad a la corrupción, no se incluye información empírica sobre el acceso a medicinas o sobre la parte del mercado de medicinas falsas. Estas preguntas se centran en los actores del sector público, y menos en actores no estatales como el sector privado, las ONGs, etc. El instrumento también ha sido adaptado al contexto nacional para asegurar que sea relevante para el funcionamiento específico de ese sector farmacéutico (Baghdadi-Sabeti, Kohler y Wondemagegnehu 2009).

Figura 2: Buena Gobernabilidad para Medicinas, sistema de calificación del instrumento de evaluación

0.0 – 2.0	2.1 – 4.0	4.1 – 6.0	6.1 – 8.0	8.1 – 10.00
Extremadamente vulnerable	Muy vulnerable	Moderadamente vulnerable	Marginalmente vulnerable	Mínimamente vulnerable

Tabla tomada de Baghdadi-Sabeti, Kohler, y Wondemagegnehu 2009, p. 16.

Figura 3: Buena Gobernabilidad para Medicinas, resultados de la Fase I

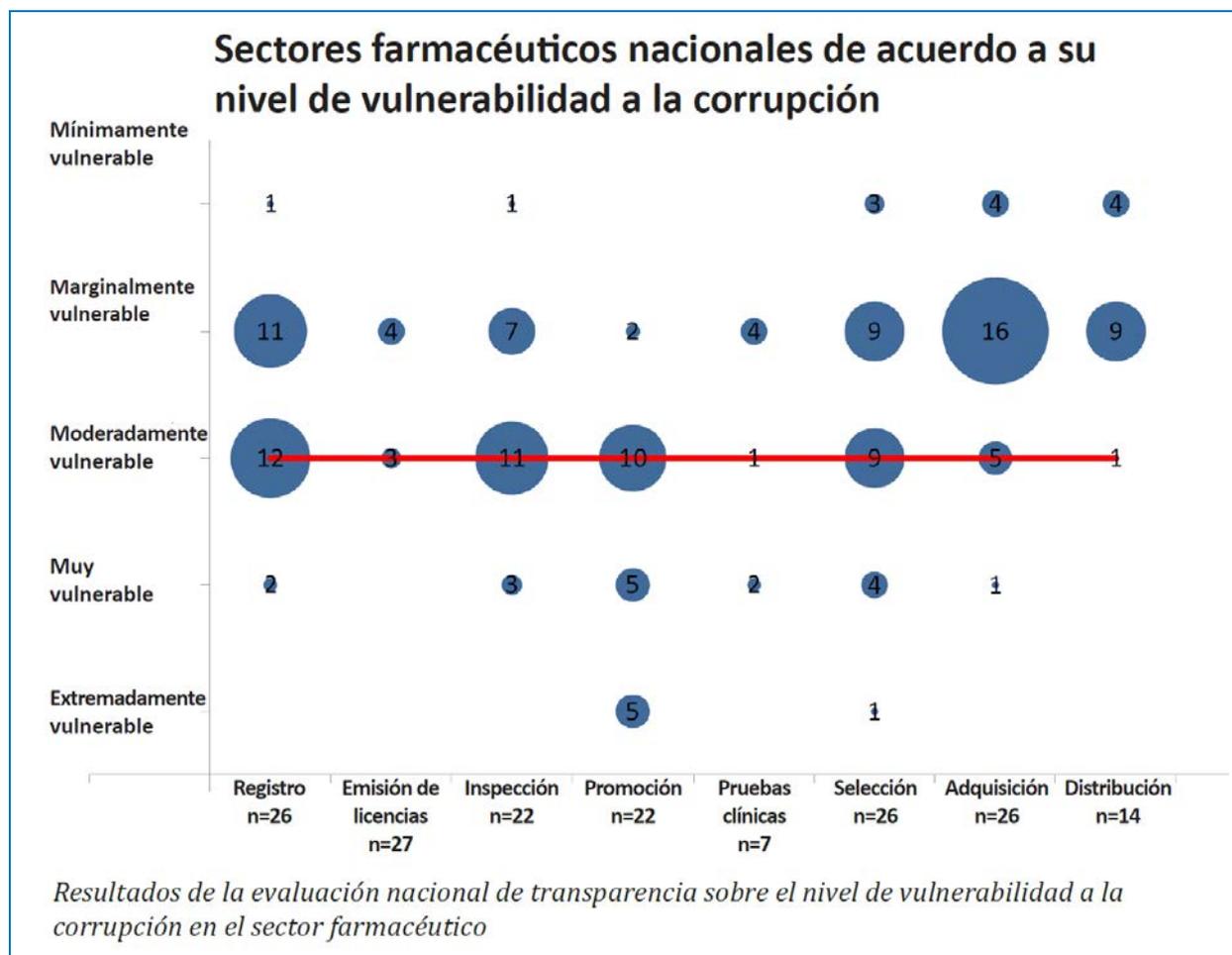


Figura tomada de Baghdadi-Sabeti y Serhan 2010.

La Fase II usa los resultados de la Fase I y consultas con los actores interesados para diseñar un marco nacional de gobernabilidad para medicinas. Esta es la etapa en la que se establece un Grupo de Trabajo para la Buena Gobernabilidad en Medicinas, y en ocasiones un Comité Directivo, para que ayude a desarrollar este marco (código de conducta, legislación para promover un liderazgo moral y contra la corrupción, así como mecanismos para denuncias), además de administrar la implementación del programa (World Health Organization 2009). Este proceso puede incluir actividades como un taller nacional BGSF, un esfuerzo para implementar iniciativas de buena gobernabilidad basadas en los resultados de la evaluación, un taller para desarrollar consenso alrededor de la promoción de prácticas éticas, y un borrador para una infraestructura ética nacional. El fundamento de este marco es la combinación de un enfoque basado en penalización y un enfoque de buena gobernabilidad con base en valores (Anello 2009). El enfoque de valores incluye un sistema de valores morales y principios éticos, un programa para la socialización sistemática de los valores morales, principios éticos, código de conducta y la promoción de liderazgo ético. El enfoque basado en penalización incluye legislación anticorrupción, mecanismos para denuncias (ombudsman), sanciones contra actos corruptos basadas en las leyes anticorrupción, y procedimientos administrativos en el sector farmacéutico que incluyen auditorías financieras internas y externas, colaboración con agencias anticorrupción, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado, así como administración, coordinación y evaluación del programa de buena gobernabilidad (Anello 2009).

La Fase III del BGSF se centra en la implementación del marco nacional, que incluye el desarrollo de los procedimientos, legislación, políticas de conflictos de interés y códigos de conducta que se haya determinado en las etapas anteriores. También se pone énfasis en la capacitación en los valores centrales y los principios de la buena gobernabilidad, y en la concientización de la población sobre estos asuntos. Con la incorporación de un amplio espectro de actores, entre ellos el Ministerio de Salud y representantes del sector privado y la sociedad civil, el BGSF ofrece una oportunidad para que los actores interesados vaya más allá de la discusión básica sobre transparencia con el objetivo de avanzar hacia una comprensión más completa de las dimensiones necesarias para asegurar la buena gobernabilidad. En otras palabras, el BGSF busca entender las condiciones actuales del sistema farmacéutico, sus procesos y resultados, así como identificar estrategias para su mejora.

El BGSF estableció múltiples mecanismos de apoyo para facilitar el intercambio de lecciones aprendidas entre los países participantes en el proceso de implementación. Se recomendó a los países participantes la cooperación con otras iniciativas en el Marco Modelo de Buena Gobernabilidad para el Sector Farmacéutico, aunque en la práctica la colaboración ha sido algo limitada (Anello 2009). La OMS estableció un grupo de expertos en las áreas de medicina, salud pública y anticorrupción para asesorar a los países y asegurar la sustentabilidad de las iniciativas de BGSF (World Health Organization 2010). También ha facilitado que los países participantes puedan extender sus redes de contactos. Éstos son espacios han permitido que los países en etapas similares del BGSF puedan compartir buenas prácticas y apoyarse mutuamente para identificar soluciones a la corrupción.

Actualmente, la OMS está llevando a cabo su propio examen del impacto de la BGSF, con una evaluación de 15 análisis de país realizados en 2011 con apoyo de la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Con base en reportes anuales de país, el análisis está diseñado para ser usado como un indicador de si las diferentes iniciativas están funcionando, además de destacar evidencia firme en la formulación de políticas (Hamra et al. 2011). El estudio encontró que las principales ganancias de los países participantes fueron mejoras en el registro, selección y adquisición de medicamentos. Al menos 60% de los países mostraron mejoras en el registro por medio de la creación de una lista actualizada de todos los productos farmacéuticos registrados, el desarrollo de procedimientos escritos para presentar solicitudes de registro y la creación de comités formales con criterios escritos de selección responsables del registro. Mejoras en la selección de medicamentos incluyeron la creación de Comités de Selección con criterios escritos y miembros expertos de diferentes áreas, formatos para la declaración de conflictos de interés, procedimientos operativos estandarizados, y términos de referencia claros. Trece países mejoraron sus prácticas de adquisiciones al fortalecer

procedimientos de transparencia como procesos de licitación y el anuncio de licitaciones abiertas, así como al implementar directrices de los métodos de adquisición de varios tipos de productos, procesos de apelación formales, sistemas de monitoreo y para reportar la actuación de los proveedores, y auditorías regulares (Hamra et al. 2011). Las conclusiones son limitadas debido a que no todos los participantes completaron los mismos “puntos de decisión” en el instrumento de transparencia, puesto que se unieron al programa en diferentes momentos y el instrumento ha sido modificado. La evaluación es un examen inicial del BGSF que idealmente contribuirá a la revisión de la siguiente fase del programa.

Conclusiones principales

La OMS ha señalado que algunos de los desafíos encontrados durante la implementación del BGSF son generalizables para cualquier iniciativa de gobernabilidad en el sistema farmacéutico. Estos incluyen obstáculos potenciales relacionados con factores culturales y de comportamiento (por ejemplo, los regalos pueden considerarse una práctica “normal” de negocios), resistencia al cambio, falta de compromiso político y ausencia de recursos para implementar la iniciativa BGSF de forma efectiva (Baghdadi-Sabeti & Serhan 2010).

Lograr que los países se sientan responsables del proyecto, tanto por medio de compromiso político como de participación de la sociedad, es particularmente importante para el BGSF y se logra por medio de una serie de estrategias. El programa promueve activamente el liderazgo del Ministerio de Salud y buscar su compromiso para la iniciativa (Anello 2009). Sin embargo, existen desafíos para mantener este apoyo, pues puede haber cambios de gobierno o apoyo inicial sin incluir al Ministerio de Finanzas u otras instituciones relevantes involucradas en el sistema farmacéutico. La transición de la Fase I a la II es la más complicada, de acuerdo con los informantes clave, y la más vulnerable a cambios políticos y pérdida de apoyo de nuevos funcionarios, lo que puede ocasionar interrupciones en la implementación. Incluir a la sociedad civil y el sector privado permite que múltiples perspectivas sean consideradas en el desarrollo de prácticas de buena gobernabilidad, con el objetivo último de obtener resultados positivos y sostenibles. El BGSF también tiene espacio en la evaluación de transparencia inicial para hacer ajustes que reflejen mejor el contexto del país, lo que es importante para obtener el compromiso de los actores.

Si bien es crítica para el éxito del BGSF, la participación del Ministerio de Salud puede ser demasiado incluyente en términos de la metodología de evaluación. Actualmente, el Ministerio de Salud nombra a las personas responsables de aplicar el instrumento. Dado que la evaluación se apoya en buena medida en percepciones, surgen preocupaciones acerca de la imparcialidad del proceso debido a la relación entre los evaluadores y el Ministerio de Salud. Esta relación podría provocar que los evaluadores sean cuidadosos respecto a qué tanto pueden insistir en diversas áreas del cuestionario. Potencialmente, esto podría resultar en que se insista poco en las preguntas para evitar que se detecte información inconveniente. Evidencia anecdótica sugiere que algunos de los hallazgos de la herramienta de evaluación del BGSF, que son publicados en los estudios de país de la OMS, no siempre coinciden con las debilidades observadas en algunas de las funciones farmacéuticas examinadas. Por ello, la OMS ahora recomienda que los evaluadores nacionales tengan independencia respecto a sus respectivos Ministerios de Salud. El problema de asegurar la imparcialidad de los evaluadores sugiere que la evaluación requiere basarse de forma más rigurosa en datos empíricos.

Mientras la OMS busca trabajar con países del BGSF en la implementación de iniciativas de buena gobernabilidad, la organización tiene poca experiencia en este ámbito, lo que supone que personal con más experiencia en el sistema farmacéutico en general realice el trabajo de buena gobernabilidad. Debido a que la gobernabilidad en el sector farmacéutico está en el cruce de la ciencias política, de la salud y farmacéutica, los expertos en esta área son normalmente especialistas en un ámbito particular. Idealmente un grupo de expertos en salud adquirirá más experiencia en temas de gobernabilidad.

Por otro lado, la colaboración con otros actores internacionales en las iniciativas del BGSF (fuera de los países en los que MeTA está involucrada) ha sido limitada. Esto puede atribuirse a que no hay muchos

donantes trabajando específicamente en la buena gobernabilidad del sector farmacéutico. Esto sugiere que la OMS necesita colaborar más activamente en este ámbito con donantes que trabajan en áreas relacionadas, como el fortalecimiento de los sistemas de atención a la salud.

4.3 La Alianza para la Transparencia en Medicamentos (MeTA)

MeTA fue establecida por DFID con apoyo técnico de la OMS y del Banco Mundial en 2008, con el objetivo de mejorar la transparencia y la rendición de cuentas en el sistema farmacéutico para tener un impacto positivo en el acceso a las medicinas (MeTA 2012). Inició como piloto en siete países entre 2008 y 2010: Ghana, Jordania, Filipinas, Kirguistán, Perú, Uganda y Zambia, y se encuentra ahora en su Fase II (2012-2016). Además, los siete países seleccionados conformaron un programa piloto amplio y diverso (Ollier et al. 2010).

Los proyectos de MeTA iniciaron con un compromiso formal de los gobiernos participantes, un acuerdo sobre una lista de principios fundamentales y el desarrollo de un grupo nacional con múltiples actores interesados. El trabajo individual de cada país se centró principalmente en la publicación de datos y en la transparencia en la recolección y diseminación de datos: i) calidad y estatus del registro de medicinas; ii) disponibilidad de medicinas; iii) precios de medicinas, y iv) promoción de medicinas (MeTA 2008). La publicación de datos incluiría información sobre las políticas, prácticas y resultados actuales. La información sobre el contexto nacional para los países incluye información sobre la operación del sistema, si la gente puede comprar los medicamentos, el acceso equitativo y el uso racional de medicinas por medio de cuestionarios para establecer una línea de base. Otro elemento esencial fue el fortalecimiento de la sociedad civil para construir una base para acciones de incidencia, lo que idealmente funcionaría como catalizador para que el gobierno implemente cambios alineados con los principios de MeTA.

El desarrollo de grupos de múltiples actores interesados ha sido la parte central del piloto y conserva su importancia para la Fase II. MeTA busca reunir actores de los sectores público y privado, y de la sociedad civil, y propiciar el desarrollo de relaciones de confianza entre ellos, permitiendo de esta manera la discusión abierta y la cooperación en relación con los objetivos de MeTA. Este grupo es responsable de desarrollar planes de trabajo nacionales y de supervisar la implementación de las acciones (MeTA 2012).

Durante la etapa piloto, MeTa era financiado únicamente por DFID, que distribuía recursos al Banco Mundial y a la OMS para la implementación y el apoyo técnico (Ollier et al. 2010). La estructura original de MeTA era complicada, con distintos grupos de administración tanto a nivel internacional como nacional. En el ámbito internacional, existen tres grupos importantes: el Grupo Asesor Internacional (representantes de país y expertos internacionales), el Panel de Administración de MeTA (administración y financiamiento: DFID, OMS, Banco Mundial) y el Secretariado Internacional de MeTA (contratado para administrar la implementación: Health Partners International, HERA y Healthlink Worldwide⁵). En el ámbito nacional, se realiza una reunión dos veces al año de un foro de MeTA, un Consejo Nacional de MeTA (la alianza de múltiples actores que dirige las estrategias de país) y un Comité Ejecutivo de MeTA a cargo de la implementación (MeTA 2010a). En respuesta a las conclusiones de una evaluación externa encargada por DFID (en adelante “la Evaluación”) sobre una estructura de gobierno con demasiados altos cargos, se han introducido cambios importantes para simplificarla. Desde 2011, el financiamiento se ha dirigido a la OMS y a Health Action International (HAI), que están también desempeñando el papel de Secretariado de MeTA Internacional, ya que la utilidad del Panel de Administración ha desaparecido.

⁵ Healthlink Worldwide concluyó sus operaciones en 2011.

Figura 4: Estructura organizacional de MeTA en su Fase I

Diagrama de: *Medicines Transparency Alliance 2012, A Review of the Pilot*

Como se mencionó antes, el piloto requirió la creación de un grupo de múltiples actores interesados en cada país, que incluía representantes de los sectores público y privado y de la sociedad civil. Este grupo dirigió el proceso de preparar las encuestas para establecer líneas de base que idealmente se usarían con el tiempo para monitorear y evaluar el progreso de MeTA. La encuesta tenía tres componentes principales: (1) un inventario de la información existente del sector farmacéutico que era públicamente disponible; (2) una encuesta de publicación de información, y (3) una evaluación de la calidad de los procesos con múltiples actores, el último de los cuales se aplicó al final del piloto.

Todos los países completaron los primeros dos componentes y cinco completaron el tercero, además de desarrollar planes de trabajo que se centraban en estrategias para la publicación de datos. Aunque la Evaluación señaló que todos los países completaron las evaluaciones de base, no toda la información estaba disponible al público o fue reportada inicialmente. Parte de este retraso se debió a que las encuestas tomaron más tiempo del anticipado, y en la mayoría de los casos se completaron después de que los planes de trabajo fueran desarrollados y se identificaran las áreas en que faltaba información (MeTA 2010b).

Los planes de trabajo de MeTA fueron claramente moldeados por el contexto nacional y se establecieron estrategias nacionales individuales, lo que ayudaría a explicar las razones por las que hay pocas similitudes entre los países. Hubo una confluencia general en términos de incorporar estrategias para las organizaciones de la sociedad civil, creación de capacidades y publicación de información, aunque los elementos específicos variaron mucho. Por ejemplo:

- Zambia: Aumentar la disponibilidad y acceso a fórmulas pediátricas (Nshindano 2009).
- Uganda: Conducir encuestas trimestrales de monitoreo del precio de las medicinas, para hacerlas públicas y diseminarlas; aumentar la concientización sobre el uso racional de medicamentos en las comunidades (MeTA 2009c).
- Kirguistán: Desarrollar sistemas de información para guiar la toma de decisiones (incluyendo información sobre registro, emisión de licencias, certificación de medicamentos importados, entre otros); conducir encuestas de accesibilidad de Programas de Garantía del Estado (particularmente el impacto en la salud de los pacientes con asma y con desórdenes psiquiátricos) (MeTA 2009c).

- Filipinas: Uso proactivo de la encuesta de publicación de información como evidencia para que quienes diseñan las políticas ayuden a crear procesos de selección, registro y uso de medicinas transparentes y responsables (único país con encuestas de línea de base como una meta esencial) (Abueva 2011); mejorar los departamentos de regulación y administración de calidad.
- Ghana: Realizar estudios sobre la calidad de las medicinas usando los mini-laboratorios del German Pharma Health Fund; difusión pública de datos sobre el sistema nacional de seguro médico (MeTA 2009a).
- Jordania: Aumentar la toma de decisiones basadas en evidencia relacionadas con la Lista Racional de Medicamentos; mejorar las adquisiciones y el sistema (Bader 2008).
- Perú: Organizar una red de monitoreo ciudadano; preparar metodología, fuentes de información y mecanismos de intercambio de información entre instituciones (MeTA 2009b).

Ahora en su Fase II, MeTA enfatiza el trabajo a nivel de país, estableciendo metas concretas e implementando programas basados en los resultados de la encuesta de línea de base (UK DFID 2012). Existe preocupación porque las líneas de base sólo proveen una limitada “fotografía” (confinada a un momento concreto y lugar) de los problemas identificados en los distintos sistemas nacionales. Para promover una comprensión más completa y actual de las dinámicas de precios y disponibilidad de medicamentos en un sistema farmacéutico, la OMS y HAI están desarrollando nuevas herramientas que permitan la actualización regular de los precios y la disponibilidad de las medicinas al nivel de local y de farmacia para lograr un seguimiento más consistente. Otra respuesta importante a los desafíos de los pilotos es el establecimiento de criterios de ingreso y salida. Los criterios de salida incluyen el requisito de que los planes de trabajo nacionales sean aprobados por el Secretariado Internacional de MeTA antes de la implementación del programa.

Conclusiones principales

Los principales avances de MeTA son el desarrollo de grupos de múltiples actores, el desarrollo de análisis de línea de base del sistema farmacéutico y la creación de oportunidades para el intercambio global de información. Los pilotos a nivel país no tuvieron los mismos objetivos en sus planes de trabajo, lo que puede atribuirse a las distintas metas y objetivos de MeTA (Ollier et al. 2010), así como a la importancia del contexto nacional para definir estrategias adaptadas a las características de cada sistema farmacéutico. MeTA proveyó a los países con una metodología “personalizable”, pero había cierto nivel de consistencia en la finalización de las primeras dos encuestas de nivel de base en cada país, lo que es positivo en la medida que otorga flexibilidad al programa al tiempo que asegura que se recojan datos comparables. Aunque MeTA ha contribuido a promover el intercambio global de información en áreas relevantes para la buena gobernabilidad del sector farmacéutico, aún no se han creado mecanismos para el flujo sostenido de información.

El piloto de MeTA se consideraba una prueba inicial de la hipótesis de que un aumento de la transparencia, y la colaboración entre múltiples actores sociales, llevaría a una mejora en el acceso a medicinas. Al final de la Fase I, MeTA no fue capaz de evaluar si había ocurrido una mejora en el acceso a las medicinas en todos los países, y ha continuado a su Fase II, aunque con algunas diferencias claras de estrategia respecto al piloto. El inicio de la Fase II se retrasó, llevando a algunos países a sentirse aislados en el proceso, lo que se convirtió en una preocupación en términos de mantener su dinamismo (DFID 2012). En la Fase II, MeTA deberá centrarse en determinar su impacto en el acceso a medicinas y en asegurar que el programa sea sostenible.

El piloto tuvo muchos resultados menores tales como lograr involucrar a múltiples actores clave en un diálogo más incluyente sobre las políticas farmacéuticas. De hecho, el sistema de múltiples actores ha sido consistentemente reportado como la mayor fortaleza de MeTA, puesto que ha reunido a actores interesados que de otra manera habrían tenido mínima comunicación, mientras que una preocupación es que la composición de estos grupos ha sido distinta en los diferentes países. Por ejemplo, los

representantes del sector privado desempeñaron un papel más importante en Jordania, pues los grupos de la sociedad civil no fueron numerosos en el arranque del piloto de MeTA. Otro hallazgo importante es que si el número de miembros del grupo es demasiado grande, su efectividad se reduce porque las discusiones no alcanzan asuntos específicos, sino que se mantienen en temas generales que son demasiado ambiguos para tener utilidad (MeTA 2012).

Muchos informantes clave han notado que es demasiado pronto para establecer los resultados más difíciles, lo que no es simple porque la misión de MeTA se definió de manera ambiciosa. La iniciativa requería establecer confianza entre los múltiples actores de los Consejos de MeTA; una medida indispensable para promover la transparencia, pero una que tomaba un tiempo considerable en desarrollarse. Si bien se obtuvieron productos claros, como la conclusión de las encuestas de base y la publicación de información, fue difícil vincular esto a otros resultados tales como cambios en la política de precios de los medicamentos o la reducción de precios de las drogas marcadoras.

MeTA generó datos sobre el sector farmacéutico usando herramientas estandarizadas en el análisis de línea de base con la intención de producir información firme. Se pretendía que, a continuación, el grupo de múltiples actores desarrollase respuestas para mejorar la transparencia, con apoyo del Secretariado Internacional de MeTA, para así contribuir a la identificación de las posibles causas y sus respuestas políticas con base en la experiencia internacional. Idealmente, los planes nacionales de trabajo evolucionarían hacia actividades más detalladas de análisis y recolección de datos dirigidas a las áreas en las que se identificaron problemas, pero la amplia variedad de acciones incluidas en los planes de trabajo puede haber sido una estrategia demasiado general. Hubiese sido más efectivo promover que los países a enfocarse en las metas establecidas en los planes de trabajo o a usar herramientas más específicas desde el principio (e.g., auditorías del proceso de abastecimiento). En consecuencia, la Fase II busca que se implementen políticas de respuesta basadas en la información obtenida en los pilotos, aunque dando prioridad a los temas que contribuyen a la transparencia, así como al desarrollo de herramientas que den un seguimiento más frecuente a los cambios en el desempeño.

Tanto la Evaluación como las entrevistas con informantes clave concluyeron que la efectividad de la estructura de gobierno de la iniciativa era limitada, lo que afectaba el trabajo realizado en los países piloto. Parte del desafío inicial fue que las organizaciones participantes en el Panel de Administración de MeTA tenían diferentes ideas acerca del papel que desempeñaban en el proceso de MeTA, y acerca del propósito de la iniciativa. La falta de claridad en el mandato de la iniciativa MeTA a nivel internacional también se convirtió en falta de claridad a nivel nacional. Esto está siendo considerado en la Fase II, siendo una de las condiciones para la aprobación del plan de trabajo que exista una conexión entre los programas propuestos y el aumento en la transparencia.

La evaluación también indica que el Panel de Administración de MeTA dedicó muchas de sus actividades a supervisar el Secretariado Internacional de MeTA y menos en proveer dirección, poniendo así en duda quién estaba asesorando a los países (Ollier et al. 2010). Aunque el Grupo Asesor Internacional debía guiar y apoyar a los países participantes, la Evaluación declara que el papel efectivo de este grupo nunca se aclaró y que se desempeñaba principalmente como un panel directivo. En parte esto fue consecuencia de que, durante el piloto, DFID se aseguró de que el Panel de Administración de MeTA controlará el proceso y rechazó que el Grupo Asesor Internacional asumiera un control significativo en el proceso. Poca comunicación entre los equipos a nivel nacional y a nivel internacional ocasionó que los Consejos nacionales de MeTA no supiesen qué recursos tenían disponibles. Estos desafíos del gobierno de la iniciativa subrayan la importancia de que las iniciativas tengan metas claras y estrategias efectivas.

En algunos casos, fue difícil identificar los resultados de MeTA, incluso los que hubieran ocurrido en cualquier caso debido a otras iniciativas como el BGSF (MeTA 2012), aunque las operaciones del BGSF y MeTA coincidieron en Filipinas, Zambia y Jordania. Como se describe en el Apéndice, ambos proyectos llevaron a cabo distintas actividades con bastante éxito en Filipinas, mientras que en Zambia

el BGSF no cumplió sus metas. Y en Jordania, donde no tenía financiamiento, el BGSF trabajó más cercanamente con las actividades de MeTA (ver el Anexo para más detalles). Incluso con los desafíos de evaluación ocasionados por la superposición de los programas de MeTA y el BGSF, los resultados en Filipinas subrayan los beneficios que pueden obtenerse cuando las iniciativas con metas similares consiguen cooperar. Los dos programas fueron conscientes de que sus mandatos eran complementarios, pero operaron de manera que cada uno se concentró en los aspectos del sector farmacéutico para los que su iniciativa estaba más capacitada.

4.4 El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria fue establecido en 2002 por medio de un esfuerzo de colaboración entre los sectores público y privado, concebido por miembros del Grupo de los 8 en 2000, formando una organización sin fines de lucro con el gobierno suizo. El Fondo Mundial es una organización independiente basada en Ginebra—una colaboración público-privada entre organizaciones internacionales, países, corporaciones y organizaciones no gubernamentales—fundada por países donantes (Global Fund 2003). Su mandato original era actuar de forma principal como una agencia de financiamiento para desarrollar un programa de país centrado en enfrentar las “tres grandes” enfermedades de su nombre (Global Fund 2003). Un componente esencial de su estrategia es promover que los países se responsabilicen por medio del establecimiento de “Mecanismos de Coordinación Nacional” (MCN), que administran la aplicación y el proceso de desembolsos en cada país. Proporciona financiamiento a un número de beneficiarios en países en desarrollo que representan un amplio espectro de organizaciones, incluyendo el sector público, el privado, el gobierno, organizaciones no gubernamentales, y grupos e instituciones académicas.

La adquisición de medicamentos es una parte fundamental de las actividades del Fondo Mundial. Se estima que 40% del financiamiento se destina a la compra de medicinas. El Fondo Mundial supervisa la adquisición por parte de los países beneficiarios, y busca asegurar que incluya procedimientos transparentes con procesos competitivos definidos para todos los beneficiarios. La adquisición se concentra en conseguir el menor precio y proveedores, y se entregan reportes de monitoreo con detalles de precios y calidad a su Mecanismo para Reportar Precios y Calidad (Global Fund 2009). La adquisición de medicamentos está regulada por la autoridad reguladora de medicamentos de cada país beneficiario y sigue buenas prácticas para el registro médico de productos farmacéuticos. Las prácticas requeridas difieren con base en el tipo de medicina adquirida pero siempre incluyen aprobación por parte la autoridad nacional respectiva, mientras que la garantía de calidad se asegura por medio de una política completa de garantía de calidad del Fondo Global y no solamente por medio de pruebas de control de calidad (Global Fund s.f.).

El financiamiento se dirige al nivel de proyectos, que son frecuentemente revisados por un panel para establecer cuál es el mejor método para hacerlos sostenibles; esto puede o no incluir su integración en otras estructuras existentes (High-Level Independent Review Panel 2011). Además, los países beneficiarios son responsables de entregar y aplicar los planes de adquisiciones presentados, que siguen estándares entre agencias como se expresa en los Principios Prácticos para Efectuar Buenas Adquisiciones de Productos Farmacéuticos y en Un Sistema Modelo de Garantía de Calidad para Agencias de Adquisiciones (A Model Quality Assurance System for Procurement Agencies) (Global Fund 2009). Idealmente, el plan de adquisición debe incluir las maneras en que se garantizará la adhesión a esos estándares, tales como qué institución se encargará de la adquisición, las necesidades de asistencia técnica, otras fuentes relevantes de financiamiento, detalles del ciclo administrativo de adquisición y abastecimiento, productos esenciales de salud y costo total, costo total de propiedad de productos durables/costos de almacenamiento y distribución (Global Fund 2009). El Fondo Global recomienda a los países beneficiarios que se tomen muestras aleatorias de las medicinas adquiridas en distintas partes

del sistema, para probar la calidad de estos medicamentos en locales ya sea acreditados por OMS precalificado o acreditados con ISO 17025 (Global Fund 2009).

El Fondo Global ha desarrollado un código de conducta para sus proveedores, pero hace que la responsabilidad de asegurar que los proveedores estén informados recaiga en miembros del equipo nacional tales como beneficiarios principales o secundarios, MCNs, agentes de adquisiciones y compradores directos. El código de conducta prohíbe prácticas corruptas y espera procesos transparentes y que rindan cuentas, además de demandar que se cumpla con la ley y que se presenten reportes regulares, así como que los beneficiarios del financiamiento tomen las medidas procedentes en caso de prácticas inadecuadas. Los conflictos de interés deben ser declarados, y los participante deben aceptar el Pacto Global de las Naciones Unidas para la ciudadanía corporativa.

Las Autoridades de Financiamiento Locales, que son agencias independientes como Pricewaterhouse Coopers, KPMG o Crown Agents, evalúan los planes nacionales y determinan si el país tiene la capacidad de administrar el proceso de adquisición. Después emiten recomendaciones al Fondo Global acerca de la mejor manera de proceder con las adquisiciones, e.g., pueden recomendar subcontratar partes del proceso de adquisición.

Dado que la adquisición de medicamentos es un proceso técnicamente complejo y que los lineamientos son difíciles de seguir cuando los países carecen de suficiente capacidad técnica, el Fondo Global ofrece cierto nivel de apoyo a los países beneficiarios. Esto incluye apoyo específico a nivel de agencia para las adquisiciones relacionada con la tuberculosis resistente a múltiples medicamentos y de forma más general a través del mecanismo de Adquisiciones Conjuntas Voluntarias (Voluntary Pooled Procurement, VPP) que se estableció a mediados de 2009 para la compra de productos de salud esenciales (Global Fund 2011).

Aunque el VPP no es obligatoria para los países beneficiarios, se ha recomendado que éste debiera ser un proceso estándar de adquisición (u otros canales externos de adquisición) debido a los riesgos de políticas locales de adquisiciones débiles; es decir, que los países usen el VPP de forma automática salvo que presenten un argumento para ser excluidos (High-Level Independent Review Panel 2011). Actualmente, cuando el financiamiento es revisado, incluyendo la capacidad en los procesos de adquisiciones, el VPP se propone frecuentemente como opción para los países de alto riesgo. Sin embargo, debido a que el uso de este mecanismo es percibido como un medio para evitar futuras acusaciones de fraude, también países que no se consideran de alto riesgo con frecuencia solicitan usarlo. Desde junio de 2009 a diciembre de 2010, el Global Fund gastó \$502 millones de dólares estadounidenses por medio de VPP. Entre 2009 y 2011, el uso de VPP ha resultado en un ahorro agregado de \$57 millones de dólares estadounidenses (Global Fund 2012). Se estima que el valor de los medicamentos adquiridos por medio de este programa alcanzará los \$400 mil millones de dólares en 2013, que es 30% de todas las adquisiciones financiadas por el Fondo Global.

Conclusiones principales

A pesar de los esfuerzos del Fondo Global para asegurar las mejores prácticas en los sistemas farmacéuticos de los países beneficiarios, en octubre de 2010 la Oficina del Inspector General encontró evidencia de prácticas fraudulentas en algunos países beneficiarios del Fondo, incluyendo Djibouti, Mali, Mauritania y Zambia. Por ello, el Fondo Global ha demandado la devolución de \$34 millones de dólares (de un total de \$3 mil millones de dólares ejecutados). Estos incidentes recibieron atención pública cuando una noticia sobre el fraude fue cubierta por los medios internacionales (Heilprin 2011), con lo que algunos países suspendieron su apoyo financiero. El Fondo Global fue puesto sobre aviso de que debía tomar acciones significativas para garantizar la buena gobernabilidad.

En 2011, el Fondo Global inició una Revisión Independiente de Alto Nivel (en adelante “Revisión”) que se llevó a cabo a lo largo de seis meses para evaluar el funcionamiento de la organización, examinó la estructura general y el funcionamiento del Fondo y cubrió temas específicos con relevancia para la

buena gobernabilidad del sector farmacéutico. Estas secciones se destacan a continuación, pues son útiles para entender las fortalezas y debilidades de las políticas y procesos que se relacionan con el tema de la buena gobernabilidad del sistema farmacéutico (High-Level Independent Review Panel 2011).

La Revisión encontró un número de áreas débiles en los sistemas farmacéuticos nacionales, algunos de los cuales podrían resultar en corrupción. Por ejemplo, las Autoridades de Financiamiento Locales no siempre disponen de la capacidad técnica necesaria para llevar a cabo un monitoreo apropiado del sistema de abastecimiento de medicamentos. Se encontraron áreas adicionales de debilidad incluyendo: predicciones inadecuadas, procesos de adquisición débiles, y estándares de calidad y seguridad insuficientes. Por ejemplo, las condiciones de almacenamiento eran malas y no había suficiente supervisión. Incluso cuando los procedimientos existían, la responsabilidad recaía frecuentemente en personas sin la especialización necesaria (High-Level Independent Review Panel 2011). Y había por lo menos 17 casos de robo de medicamentos en 13 países de África bajo investigación en la Oficina del Inspector General del Fondo Global (High-Level Independent Review Panel 2011).

Uno de los principales temas de políticas enfrentados por el Fondo es si efectivamente ayuda o complica el fortalecimiento del sistema farmacéuticos y de salud. Parte de la literatura enfatiza que si el financiamiento del Fondo resulta en adquisiciones que se integran en los sistemas existentes, las mejoras ocurrirán tanto en las adquisiciones como en el sistema de salud en general (Bennett y Fairbank 2003). Por otro lado, si el financiamiento es manejado como una serie de programas verticales, podría dañar los sistemas existentes al no considerar las necesidades locales de desarrollo de capacidades (Bennett y Fairbank 2003). Una donación del Fondo Global en Malawi presenta ambas situaciones. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) administraba la adquisición de antirretrovirales en Malawi, por lo que no se desarrollaban las capacidades locales. Sin embargo, el proceso de adquisición de medicamentos antipalúdicos era administrado por una combinación de adquisiciones públicas y privadas (previamente asociadas), lo que un estudio calificó como un resultado positivo (Mtonya y Chizimbi 2006).

Las actividades que lleva a cabo el Fondo Global en los sistemas farmacéuticos usualmente se limitan a asegurar la adquisición adecuada de medicinas financiadas por las donaciones. Mientras se llevan a cabo verificaciones de calidad, no se realizan exámenes completas de cada instalación de salud que recibe medicinas. Tampoco es claro que el código de conducta sea ejecutado efectivamente a nivel nacional, pues permite una interpretación amplia de su contenido y su efectividad no es supervisada. Cuando los países escogen el uso de VPP, no ocurre fortalecimiento alguno del sistema farmacéutico, aunque es muy posible que subcontratar VPP sea más efectivo para países con poca población. El Fondo Global busca minimizar los riesgos para sus propios proyectos, y en este sentido, la corresponsabilidad del país no es tan difícil de alcanzar como puede ser en otras iniciativas. Hay poca resistencia política por parte de los gobiernos debido a que el financiamiento depende de cambios pragmáticos, no de cambios de largo plazo, y los beneficiarios potenciales entienden que recibir el financiamiento depende de su cooperación con los cambios. En caso de que exista, es más probable que la resistencia se ubique más abajo, al nivel de implementación.

De hecho, existe cooperación con otras organizaciones. Por ejemplo, varios países trabajan con la Fundación Clinton o con el United State's President Emergency Plan for AIDS Relief (Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para luchar contra el SIDA) para colaborar en la cuantificación de las necesidades de adquisiciones de medicamentos. Organizaciones externas pueden apoyar a los beneficiarios por medio de proyectos relacionados que fortalezcan el sistema de salud así como proporcionando financiamiento adicional (seis países financian el Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que proporciona recursos flexibles para el fortalecimientos de sistemas entre otros temas).

En resumen, el Fondo Global es un proveedor global de medicamentos y resulta evidente la necesidad de asegurar sistemas farmacéuticos fuertes en los países beneficiarios y entre el Fondo Global y los

países beneficiarios. Un examen reciente destaca que a pesar de los esfuerzos para asegurar la buena gobernabilidad en el proceso de adquisiciones, existen muchas debilidades evidentes en los sistemas farmacéuticos mientras las medidas para enfrentarlos son limitadas.

5. Conclusiones y lecciones aprendidas

A partir de la investigación presentada en este documento extraemos algunas conclusiones y recomendaciones, tanto para quienes formulan las políticas públicas como para los organismos donantes internacionales. El enfoque de estas iniciativas internacionales para la buena gobernabilidad del sector farmacéutico es positivo en la medida en que reconocen un problema generalizado en el sistema de atención a la salud. Con ello pueden lograrse mejoras en el sistema de buena gobernabilidad del sector farmacéutico y en última instancia en el acceso a medicinas.

Existe una tensión constante en todos los ejemplos presentados, ya que se requiere un cambio sintético, lo que requiere tiempo, capacidad y un compromiso amplio para implementar iniciativas y determinar sus resultados. Esfuerzos más concentrados en temas específicos (por ejemplo, el registro de drogas o las políticas del sector público de sustitución de genéricos) pueden resultar en cambios más rápidos, aunque es posible que no produzcan los cambios más profundos que se requieren para mejorar el desempeño total del sistema. Además, es importante ubicar al sistema farmacéutico en el contexto de las dinámicas generales del sistema de atención a la salud. Ninguna aproximación es lo suficientemente “completa” en un momento específico. Los esfuerzos deben ser repetidos, adaptándolos cuando sea necesario y también cambiando su centro de atención con el tiempo, en parte porque cualquier cambio generará diferentes incentivos y nuevas oportunidades para la corrupción.

Claramente las iniciativas de buena gobernabilidad en el sector farmacéutico identificadas han sido particularmente útiles para generar un diálogo político muy necesario entre actores interesados que por lo general no se habían reunido antes, sobre un tema que es crucial para el sector salud. Los grupos de múltiples actores del BGSF y de MeTA han sido por lo general calificados como un resultado positivo. Estas iniciativas son valiosas en la medida que identifican las debilidades en el sistema farmacéutico y proporcionan importante información de línea de base (tan imperfecta como ésta pueda ser). Con esas líneas de base, es posible desarrollar estrategias correctivas. Sin embargo, también es evidente que con frecuencia existe una brecha importante entre la identificación de los problemas, el diseño de la estrategia para enfrentarlos, y la implementación.

Las herramientas de recolección de datos frecuentemente se usan respecto a procedimientos y estándares que se asume que previenen la corrupción, principalmente atendiendo las reglas, procedimientos y prácticas identificadas existentes para los actores del sector público. Las herramientas usadas son engorrosas y no están diseñadas para examinar las complejas dinámicas que fomentan la corrupción; a saber, la interacción y relaciones entre todos los actores y la forma en que el sector privado, la sociedad civil y las instituciones relevantes además del Ministerio de Salud, usan o abusan las reglas, procedimientos y prácticas.

Una de las debilidades con más permanencia de muchas de las entidades globales de financiamiento ha sido la falta de atención a la buena gobernabilidad del sector farmacéutico con anterioridad a la concesión de las donaciones, cuando la transparencia y rendición de cuentas del sistema farmacéutico en las operaciones de país es vital. Sin ellas, la efectividad de las inversiones en los sistemas de salud y la integridad de los recursos de los programas están en peligro, como en los casos del Banco Mundial y el Fondo Global presentados.

Un elemento ausente en todas las iniciativas de buena gobernabilidad del sector farmacéutico, intencional o por omisión, es la falta de atención a las dimensiones políticas de la buena gobernabilidad en el sector. Mientras se asegura la participación inicial de los gobiernos, las herramientas mismas evitan examinar cómo afectan los temas políticos, tales como la captura del Estado, de las regulaciones y de las políticas, o la competencia institucional, a la buena gobernabilidad. Es necesario diseñar mecanismos de monitoreo y evaluación no solamente para los procesos de las iniciativas, sino para los resultados esperados. Por ejemplo, medir si ha aumentado la información disponible sobre los precios de

medicamentos y cuánto ha mejorado la cobertura de medicamentos como consecuencia de estas iniciativas. Sin ello, es muy difícil juzgar el valor de estos esfuerzos, lo que provoca que los resultados demostrados se limiten a resultados “blandos”. Es alentador que MeTA considerará esta área en su Fase II.

En el proceso de seguir avanzando en esta área, algunas lecciones a tomar en cuenta son:

1. Los donantes deben promover el diálogo político y la construcción de consensos entre múltiples actores durante todo el proceso de implementación de las iniciativas para lograr acuerdos respecto a las áreas prioritarias del sistema farmacéutico, así como respecto a las herramientas más efectivas.
2. Instituciones que otorgan donaciones como el Fondo Global y el Banco Mundial deben aprovechar sus recursos proporcionando financiamiento a los países donde la buena gobernabilidad existe, o cuando han demostrado el compromiso de atender sus debilidades de gobernabilidad, y restringiendo sus recursos cuando estas condiciones no existen. Dado que la medición de la gobernabilidad todavía no es una práctica estándar, esto requeriría el desarrollo de análisis de los sistemas farmacéuticos antes de que se aprueben las donaciones. Esto podría incluir medidas empíricas y una consideración más amplia de las dinámicas políticas y regulatorias locales.
3. El monitoreo y la evaluación deben ser un componente esencial de cualquier iniciativa de gobernabilidad. Se debe dejar de depender de estudios que no se realizan de forma regular, y avanzar hacia el mejor uso de la información de rutina y metodologías de muestreo en tiempo “real”, que puedan generar datos para fortalecer las decisiones administrativas así como sostener la vigilancia y las acciones de incidencia de los grupos comunitarios.
4. Es crucial que los países se hagan responsables de las iniciativas de buena gobernabilidad en el sector farmacéutico, lo que incluye apoyo político así como la facilitación de un diálogo incluyente con un espectro de actores locales que participen en el desarrollo y la implementación de los programas. Esto ha sido una parte integral del éxito en países como Jordania y Filipinas, tanto para la BGSF como para MeTA.
5. Las instituciones que otorgan donaciones deben dedicar más atención a lograr que sean sostenibles las mejoras en los sistemas nacionales de provisión de medicamentos y en el entorno regulatorio que los gobierna, en vez de centrarse en la ejecución de donaciones específicas.
6. Los donantes necesitan asegurar la existencia de estrategias de gobernabilidad “desde arriba” y “desde abajo”. Idealmente, líderes dentro del gobierno debieran ser identificados y apoyados por las actividades de vigilancia de organizaciones no gubernamentales reconocidas, organizaciones comunitarias, y compañías que tengan un interés en un mercado bien regulado.

En conclusión, las iniciativas de buena gobernabilidad en el sector farmacéutico discutidas han tenido su mayor éxito en promover una concientización más amplia sobre este tema, y en algunos casos han implementado importantes iniciativas de gobernabilidad específicas al sector. El Banco Mundial en particular ha tenido éxito en el área de adquisiciones y en el fortalecimiento general de los sistemas de salud, lo que ha producido algunos beneficios en el sistema farmacéutico. La OMS ha ayudado a incrementar la concientización sobre la importancia de la buena gobernabilidad y a iniciar en muchos países un diálogo esencial sobre políticas en el área de la buena gobernabilidad. Adicionalmente, MeTA ha creado importantes alianzas de múltiples actores y realizado análisis de línea de base del sistema farmacéutico, lo que proporciona datos muy relevantes para los esfuerzos futuros en algunas áreas.

Finalmente, el Fondo Global está promoviendo “mejores prácticas” tales como Adquisiciones Conjuntas Voluntarias, aunque como hemos señalado, hay considerable margen para mejorar las iniciativas internacionales con el objetivo de asegurar resultados más significativos. Entre las recomendaciones esenciales están la necesidad de análisis político, monitoreo y evaluación, particularmente respecto a la medición de resultados, y hacer más eficientes y homogéneas las herramientas de evaluación de las diversas instituciones.

Anexo I. Ejemplos de país

Jordania

El Banco Mundial, MeTA y el programa BGSF han estado activos en Jordania en el tema de la buena gobernabilidad del sector farmacéutico. El gobierno jordano mostraba disposición para aplicar MeTA y el proyecto BGSF, dado que coincidían con su estrategia actual de promover exportaciones a mercados regionales y mundiales. El Banco Mundial estaba dispuesto a trabajar con Jordania puesto que ya estaba involucrado en esfuerzos para mejorar el sistema farmacéutico por medio de un proyecto de atención a la salud que incluía un componente de control de calidad en los laboratorios farmacéuticos. Bajo MeTA, existía un Memorándum de Entendimiento entre el Ministerio de Planeación y la cooperación internacional. El Alto Consejo para la Salud ocupaba la presidencia del Consejo de MeTA, mientras que el programa BGSF estaba en la esfera de la Dirección de Alimentos y Medicamentos de Jordania. Durante la Fase II, MeTA se basará también en la Dirección de Alimentos y Medicamentos. Jordania ha sido reconocida regularmente como uno de los países con más éxito tanto de MeTA como de BGSF. Ha alcanzado la etapa final de BGSF y logrado resultados concretos durante el piloto de MeTA, incluso teniendo un plazo corto para hacerlo. Estos incluyeron el desarrollo de políticas contra conflictos de interés en la Dirección de Alimentos y Medicamentos por medio del BGSF, y el inicio del establecimiento de lineamientos de tratamiento por medio de MeTA. En buena medida, el éxito de Jordania se ha atribuido al apoyo del gobierno y su disposición para implementar las iniciativas. Incluso el cambio de Ministro de Salud no tuvo un impacto significativo en las iniciativas, lo que ayudó a asegurar resultados claros.

En Jordania, los objetivos de MeTA se concentran en mejorar los lineamientos de tratamiento y en mejorar las prácticas de adquisiciones, lo que incluía establecer qué precios eran pagados en la adquisición de medicamentos. Aunque resultó un desafío, se consiguió averiguar qué precios eran pagados, junto con la introducción de un sistema de monitoreo. Se hicieron también esfuerzos para mejorar la selección de medicinas y su uso racional. Por ejemplo, se formó un comité para “Mejorar el uso racional de Medicinas”, y se trabajó en la consolidación e implementación de las Directrices Estándar de Tratamiento. El Comité revisó los estándares existentes y condujo un análisis de deficiencias. Hay un interés continuo en la implementación de las Directrices Estándar de Tratamiento porque son parte de los requisitos para la acreditación de hospitales que se lleva a cabo bajo el proyecto de sistemas de salud de Jordania y USAID. En Jordania hubo una buena participación de los actores interesados en el proceso y la representación del sector privado fue particularmente exitosa, al tiempo que se promovió más participación de la sociedad civil en el tema. Jordania está ahora en la Fase II de MeTA y avanzando en una serie de iniciativas. El plan de trabajo propuesto fue desarrollado por seis subcomités y sus áreas de concentración incluyen: el desarrollo de recomendaciones de políticas para el uso de medicinas, la regulación de precios, la política de difusión y la política nacional de medicamentos; el desarrollo de sistemas y capacitación para la estimación de adquisiciones con el fin de reducir ineficiencias y contener los costos; la evaluación de la viabilidad de un sistema de monitoreo de precios y disponibilidad; el aumento de la voz de la sociedad civil, y la participación de la sociedad civil en la educación ciudadana sobre los pacientes.

La colaboración entre MeTA y BGSF fue mejor en Jordania que en los otros países analizados. Los miembros del comité de BGSF y del Consejo de MeTA eran en su mayoría los mismos (excepto dos personas). Los programas habían empezado en distintos momentos y los grupos que los impulsaban querían mantener la responsabilidad sobre los proyectos. Los principios de BGSF fueron promovidos en la implementación de MeTA. Por ejemplo, MeTA utilizó los procedimientos operativos estándar para la interacción con la sociedad civil sugeridos por el programa BGSF. Por otra parte, el BGSF se benefició de MeTA al usar su impulso para avanzar su propio programa. BGSF utilizó los estudios de país de MeTA, lo que produjo múltiples sinergias y aspectos complementarios entre las dos iniciativas, lo que sin duda contribuyó a los resultados exitosos en Jordania. En comparación con MeTA, BGSF

estaba más involucrado con ministerios fuera del sector salud, con los medios de comunicación, y con la Comisión Anticorrupción de Jordania.

Filipinas

Filipinas tiene un sistema farmacéutico altamente descentralizado, lo que implica que las iniciativas en el país tienen que tomar en cuenta qué es apropiado impulsar a nivel nacional y a nivel regional. El gobierno nacional dio apoyo a MeTA y a BGSF, incluso el anterior Ministro de Salud ocupó la presidencia del Consejo de MeTA entre 2008 y 2010. Sin embargo, incluso con este apoyo, se enfrentaron desafíos para la implementación de las iniciativas. A pesar del apoyo político, su impacto fue limitado por la extensiva descentralización del sistema. Los puntos vulnerables (por ejemplo, las adquisiciones) estaban más abajo en el sistema. Fue benéfico que MeTA se concentrara en el nivel de políticas nacionales, mientras BGSF lo hizo en los niveles más bajos.

Con base en las encuestas de nivel de base, MeTA concentró sus esfuerzos en los precios y la disponibilidad, márgenes de utilidad/componentes de precios, intercambio con actores interesados (cualitativo), y prácticas en las ventas de productos farmacéuticos. Aunque la recolección de datos se había hecho en el sector salud con anterioridad, MeTA proporcionó metodologías más rigurosas y específicas para la recolección de datos de línea de base. Al final del piloto, MeTA jugó un papel en la aprobación de nueva legislación para medicinas asequibles. Un problema que enfrentó MeTA en las Filipinas y otros sitios fue el largo periodo que tomó completar las encuestas y difundir la información a tiempo. Muchos de los informantes clave indicaron que el horizonte temporal de MeTA era corto (dos años) y que por lo tanto los resultados fueron limitados. La mayoría hizo notar, sin embargo, que los cuestionarios de línea de base del sistema farmacéutico de MeTA fueron útiles en la medida en que llevaron a un consenso en los problemas de precio y acceso, pero que el proceso subsecuente para el desarrollo de soluciones no funcionó de la forma esperada.

El intercambio con los actores interesados fue positivo. Al principio, el sector público se mostró suspicaz respecto a entrar en diálogo con el sector privado. La situación entre los sectores público y privado mejoró con el tiempo, aunque no todos los elementos del sector privado estuvieron involucrados. No obstante, fue difícil ganar el apoyo completo de la industria farmacéutica doméstica debido a que prefería estándares vagos. La sociedad civil también estuvo activamente involucrada en el proceso. MeTA también apoyo estudios que encontraron altos niveles de corrupción en el área de adquisiciones a nivel regional. Los informantes clave notaron que había demasiadas entidades encargadas de las adquisiciones que eran ineficientes y tendían a la corrupción. Miembros de la sociedad civil trabajaron en el monitoreo de las prácticas de adquisiciones, lo que implicaba riesgos personales para algunos de ellos. La Fase II de MeTA en Filipinas se concentra en iniciativas como un estudio de viabilidad y una encuesta de evaluación para determinar si es aplicable una herramienta de monitoreo electrónica o basada en mensajes de teléfono móvil, que haría más eficiente la recolección de información sobre precios y disponibilidad. Esta Fase también tendrá un piloto de la herramienta de evaluación de Health Action International sobre promoción de medicinas, realizará un mapa de los programas de derechos a medicamentos, un estudio sobre el esquema de certificación de transparencia, y programas de información y promoción de la calidad de medicamentos y los derechos relacionados.

Las Filipinas fue también uno de los primeros países piloto para BGF, que trabajó con estrategias existentes del gobierno que incluían la mejora del acceso a las medicinas y las estrategias anticorrupción. La evaluación de transparencia mostró que el país era marginalmente vulnerable en las áreas de registro, selección y adquisición (en contradicción con otros hallazgos) (Republic of the Philippines Department of Health, n.d.). Las debilidades principales incluían una falta de procedimientos estándar de operaciones y las políticas de conflictos de interés. Los fundamentos éticos de BGSF en el país (Fase II) fueron armonizados con el propio programa de desarrollo de integridad del país. La Fase III del BGSF se centró en la rendición de cuentas del sistema al establecer premios de BGSF y promover la integridad individual con el desarrollo de manuales de registro, selección y adquisiciones que identifican los riesgos

de corrupción y cómo evitarlos (Republic of the Philippines Department of Health, n.d.). Con base en el Acta para el Acceso a Medicinas Más Baratas de Calidad de 2008, se estableció un Centro Nacional para el Acceso y Administración de Medicinas (Republic of the Philippines Department of Health, n.d.).

Zambia

MeTA inició sus iniciativas de gobernabilidad en Zambia siguiendo las secuelas de un escándalo de corrupción. Zambia era beneficiaria de un gran número de donaciones para la salud, que incluye el agrupamiento de recursos por medio de un Enfoque de Sector, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para la Lucha contra el SIDA y el Fondo Global. En 2009, La Comisión Anticorrupción de Zambia descubrió que funcionarios de alto nivel del Ministerio de Salud habían malversado \$5.7 millones de dólares estadounidenses. Esto había sido reportado a la Comisión por un denunciante. Una auditoría forense de la Oficina del Auditor General reveló que los fondos habían sido malversados por medio de adquisiciones, robo y otras irregularidades. Por ejemplo, los contratos de adquisiciones habían sido adjudicados a funcionarios del Ministerio de Salud por cantidades que excedían los precios de mercado y muchos de los bienes adquiridos no fueron entregados. Debilidades significativas en la administración financiera y en la administración de registros también fueron identificados. Tras estos descubrimientos, algunos donantes congelaron o retrasaron el financiamiento al sector salud.

En un inicio, el gobierno estaba renuente a cooperar con MeTA, queriendo evitar una revisión externa de sus prácticas internas, pero con el tiempo, MeTA ganó su confianza. También fue capaz de incorporar a la sociedad civil y al sector privado en un esfuerzo para crear una alianza de múltiples actores. Los resultados relacionados con el proyecto piloto en Zambia incluyen, como se señaló, la creación de una alianza de múltiples actores en el área de medicinas así como programas de divulgación para aumentar la consciencia del público acerca de los asuntos del sector farmacéutico. Además, MeTA condujo un diálogo sobre políticas públicas con el gobierno en temas prioritarios del sistema farmacéutico, tales como mejorar los sistemas de adquisiciones y los estándares y prácticas regulatorios.

Zambia también es parte del programa BGSF y ha publicado su evaluación de transparencia de 2012. El Reporte concluyó que se necesita más transparencia en los criterios de selección y en los términos de referencia de los miembros de comités de medicinas así como la implementación de políticas de promoción de medicamentos (Handema et al 2012). Se encontraron prácticas poco éticas en todo el sistema (por ejemplo, pago de sobornos a inspectores), incluso con una calificación de vulnerabilidad marginal. También se recomendó que el Ministerio de Salud desarrollase un marco de monitoreo y evaluación (Handema et al. 2012).

Bibliografía

- Abueva, E. (2011). *Priorities and Milestones - The Philippines [PowerPoint]*. Medicines Transparency Alliance.
- Anello, E. (2009). "A Framework for Good Governance in the Pharmaceutical Sector. Working draft for field testing and revision" *World Health Organization*. Accessed May 13, 2012. <http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/GGMframework09.pdf>
- Bader, R. (2008). *MeTA National Workplan: Jordan*. Medicines Transparency Alliance. Accessed May 11, 2012. <http://www.medicinestransparency.org/fileadmin/uploads/Documents/MeTA-Jordan-workplan.pdf>
- Baghdadi-Sabeti, G., Kohler, J. C., & Wondemagegnehu, E. (2009). "Measuring Transparency in the Public Pharmaceutical Sector: Assessment Instrument." *World Health Organization*. Accessed May 13, 2012. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16732e/s16732e.pdf>
- Baghdadi-Sabeti, G., & Serhan, F. (2010). "WHO Good Governance for Medicines programme: An innovative approach to prevent corruption in the pharmaceutical sector – compilation of country case studies and best practices." *World Health Report Background Paper 25*. Accessed May 13, 2012. <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/25GGM.pdf>
- Bennett, S., & Fairbank, A. (2003). *The System-Wide Effects of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: A Conceptual Framework*. Technical Report No. 031. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Cohen, J. C. (2000). "Public Policies in the Pharmaceutical Sector: A Case Study of Brazil." *LCSHD Paper Series*, no. 54.
- Cohen, J. C., Cercone, J. A., & Macaya, R. (2002). "Improving Transparency in Pharmaceutical Systems: Strengthening Critical Decision Points against Corruption." Latin American and Caribbean Region, *Human Development Network*.
- Cohen, J. C., & Montoya, J. (2001). "Using technology to fight corruption in pharmaceutical purchasing: Lessons learned from the Chilean experience." *World Bank* unpublished document.
- Cohen, J. C., Mrazek, M. F., & Hawkins, L. (2007). "Corruption and Pharmaceuticals: Strengthening Good Governance to Improve Access." In *The Many Faces of Corruption: Tracking Vulnerabilities at the Sector Level*. Washington DC: The World Bank.
- Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria (2003). *Annual Report 2002/2003*. Geneva, Switzerland: Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria.
- Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria (2009). *Guide to the Global Fund's Policies on Procurement and Supply Management*. Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria. Geneva, Switzerland: The World Health Organization. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17081e/s17081e.pdf>
- Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria (2011). *Procurement Support Services Guidelines for Participation Voluntary Pooled Procurement Process*.

- Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria (2011b). *Procurement Support Services Progress Report: June 2009 – Dec 2010*.
- Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria (n.d.) “Global Fund Quality Assurance of Pharmaceutical Products”. <http://www.theglobalfund.org/en/procurement/quality/pharmaceutical/>
- Global Fund (2012b). *VVP Key Results Report (2009-2011)*.
- Govindaraj, R., Reich, M. R., & Cohen, J. C. (2000). *World Bank Pharmaceuticals*. HNP Discussion Paper. Washington D.C: World Bank.
- Handema, R., Kandeke, C., Lupuma, A., Lishimpi, L., & Yeta, C. (2012). *Measuring Transparency to Improve Good Governance in the Public Pharmaceutical Sector: Zambia*. Geneva, Switzerland: World Health Organization Regional Office for Africa. Available at http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/zambia_s19892en.pdf
- Heilprin, J. (2011). “AP Enterprise: Global health fund seen as development model plagued by widespread corruption” *Associated Press*. January 23.
- High-Level Independent Review Panel on Fiduciary Controls and Oversight Mechanisms of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2011). *Turning the page from emergency to sustainability*. The Global Fund.
- IMS Institute for Health Information (2012). *The Global Use of Medicines: Outlook Through or 2016*. IMS Institute for Health Information. Accessed October 24, 2012, http://www.imshealth.com/deployedfiles/ims/Global/Content/Insights/IMS%20Institute%20for%20Healthcare%20Informatics/Global%20Use%20of%20Meds%202011/Medicines_Outlook_Through_2016_Report.pdf
- Medicines Transparency Alliance (MeTA) (2008). “Medicines Transparency Alliance: Implementing our Pilot Phase.” Accessed May 11, 2012 http://www.medicinestransparency.org/uploads/media/MeTA_Implementing-pilot-phase_01.pdf
- Medicines Transparency Alliance (MeTA) (2009a). *MeTA Ghana Workplan*. Accessed May 11, 2012. <http://www.medicinestransparency.org/fileadmin/uploads/Documents/MeTA-Ghana-workplan.pdf>
- Medicines Transparency Alliance (MeTA) (2009b). *MeTA Peru Workplan*. [excel]. Accessed May 11, 2012. <http://www.medicinestransparency.org/meta-countries/peru/>
- Medicines Transparency Alliance (MeTA) (2009c). *Strengthening pharmaceutical systems through transparency and accountability: the MeTA Kyrgyzstan framework*. Accessed May 11, 2012, <http://www.medicinestransparency.org/fileadmin/uploads/Documents/Kyrgyzstan-MeTA-Workplan.pdf>
- Medicines Transparency Alliance (MeTA) (2009d). *MeTA Uganda Workplan*. Accessed May 11 2012, <http://www.medicinestransparency.org/fileadmin/uploads/Documents/MeTA-Uganda-workplan.pdf>
- Medicines Transparency Alliance (MeTA) (2010a). *Annual Review 2009/2010*. Accessed May 11, 2012. http://www.medicinestransparency.org/uploads/media/MeTA_Annual_Review_2009-10.pdf

- Medicines Transparency Alliance (MeTA) (2010b). *Civil Society Organizations (CSOs) in the Medicines Transparency Alliance: November 2010 end-of-pilot report*. Accessed May 11 2012, http://www.medicinestransparency.org/fileadmin/uploads/Documents/CSO_Report_End_of_MeTA_Pilot.pdf
- Medicines Transparency Alliance (MeTA) (2012). *A Review of the Pilot*. Accessed May 24 2012, http://view.vcab.com/fs/00000320/00025074/00168355/_uploads/MeTA_EoPR_final.pdf
- Mtonya, B., & Chizimbi, S. (2006). *Systemwide Effects of the Global Fund in Malawi: Final Report*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Nshindano, C (2009). *MeTA Zambia Country Workplan*. Interim MeTA Council.
- Ollier, E., Gittins, N., Collins, T., Mubangizi, P., Waddington, C, & Whitaker, D. (2010). *Evaluation of the Medicines Transparency Alliance Phase I 2008-2010*. Department for International Development. Accessed May 16, 2012. <http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/hdrc/eval-med-trnsp-all-phse-one-main-rpt.pdf>
- Republic of the Philippines Department of Health (n.d.). *Republic of the Philippines: GGM Case Study*. Available at http://uhmis2.doh.gov.ph/doh_ncpam/images/file/ggm.pdf
- UK Department for International Development (2012). *Medicines Transparency Alliance Annual Review*. Accessed January 8 2013. <http://www.medicinestransparency.org>
- Vian, T. (2005). *The Sectoral Dimensions of Corruption: Health Care - Fighting Corruption in Developing Countries: Strategies and Analysis*. Edited by Bertram I. Spector, 43-63. Bloomfield, CT: Kumarian Press.
- Vian, T. (2008). "Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions." *Health Policy and Planning* 23, 83-94.
- World Bank (2007). *Strengthening World Bank Group engagement on governance and anticorruption*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank (2012). *Strengthening Governance: Tackling Corruption - The World Bank Group's Updated Strategy and Implementation Plan*. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2012/03/14/000386194_20120314010633/Rendered/PDF/674410BR0SecM20Official0Use0Only090.pdf
- World Bank Group (2008). *Annual Integrity Report: Protecting Development's Potential*. http://siteresources.worldbank.org/INTDOII/Resources/INT_AnnualReport_web.pdf
- World Health Organization (2004). *Equitable Access to Essential Medicines: A Framework for Collective Action*. Geneva: World Health Organization. Accessed December 4, 2012. http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.4.pdf
- World Health Organization (2009). *Good Governance for Medicines Programme: Progress Report*. Geneva: World Health Organization. Accessed May 11, 2012. http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/ggmprogressreport_feb09.pdf

World Health Organization (2010). *Good Governance for Medicines Programme: Progress Report*. Geneva: World Health Organization. Accessed May 17, 2012.

http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_EMP_MAR_2010.2_eng.pdf

World Health Organization (2012a). “Medicine Programme Coordination.” Accessed May 25, 2012.

<http://www.who.int/medicines/areas/coordination/en/index.html>

World Health Organization (2012b). “Why is good governance relevant to the pharmaceutical public sector?” Accessed September 7, 2012.

<http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/why/en/>

U4 Anti-Corruption Resource Centre
Chr. Michelsen Institute (CMI)
Phone: +47 47 93 80 00
Fax: +47 47 93 80 01
u4@u4.no
www.U4.no

P.O.Box 6033 Bedriftssenteret
N-5892 Bergen, Norway
Visiting address:
Jekteviksbakken 31, Bergen

Este U4 Issue está disponible en:
www.u4.no/publications

TERMINOS DE INDICE

Anticorrupción
Corrupción
Sector de Salud
Medicinas
Farmacéuticos

FOTO

Al Jazeera English on flickr.com

La corrupción en el sistema farmacéutico provoca la pérdida de recursos, limita el acceso a los servicios de salud, y reduce los logros del sector salud. En este U4 Issue, estudiamos una selección de iniciativas globales en el área de buena gobernabilidad y medicamentos que han sido implementadas desde el año 2000. Estas iniciativas adoptadas por el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo Global, así como por la Alianza para la Transparencia de Medicamentos, han sido especialmente útiles para generar un diálogo político y de políticas públicas alrededor de la buena gobernabilidad del sector farmacéutico. Se puede concluir que estas iniciativas identifican las debilidades del sistema farmacéutico y pueden proporcionar información importante para establecer una línea de base. Han sido valiosas para incrementar la toma de consciencia sobre el tema, y en algunos casos también han creado importantes alianzas entre múltiples actores interesados e implementado iniciativas de buena gobernabilidad específicas al sector. Sin embargo, frecuentemente existe una amplia brecha entre la identificación de los problemas, el diseño estratégico para enfrentarlos y la implementación. Los instrumentos usados suelen centrarse en las reglas, procedimientos y prácticas que se presume previenen la corrupción en el sector público, pero podrían no capturar suficientemente bien las complejas dinámicas que llevan a la corrupción. Las recomendaciones incluyen la necesidad de más análisis político, y de monitoreo y evaluación—particularmente sobre la medición de resultados—así como la racionalización y homogeneización de los instrumentos de evaluación en todas las instituciones.